

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

380

ANNÉE 1941

THESE

N°

~~379~~

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

André COMBES-HAMELLE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Août 1909, à Reims (Marne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TROUBLES MENTAUX

CONSÉCUTIFS

A L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

DE L'ENFANT

(Travail du Service du Docteur HEUYER,
Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile).

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1941

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **COMBES-HAMELLE.**

Prénoms: **André.**

23 OCT. 1941

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

COMBES-HAMELLE
(André)

Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant.

Paris, Imprimerie R. FOULON
in-8° raisin, 151 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris
1941, N°.....)

COMBES-HAMELLE
(André)

Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant.

Paris, Imprimerie R. FOULON
in-8° raisin, 151 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris
1941, N°.....)

COMBES-HAMELLE
(André)

Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant.

Paris, Imprimerie R. FOULON
in-8° raisin, 151 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris
1941, N°.....)

COMBES-HAMELLE
(André)

Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant.

Paris, Imprimerie R. FOULON
in-8° raisin, 151 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris
1941, N°.....)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

André COMBES-HAMELLE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Août 1909, à Reims (Marne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TROUBLES MENTAUX

CONSÉCUTIFS

A L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

DE L'ENFANT

(Travail du Service du Docteur HEUYER,
Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile).

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
	LAUBRY.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	IIAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY ...	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET ...	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	chirurgicale.
DOGNON	Physique.	RICHET	Ophthalmologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Physiologie
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie médicale.
			Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE ..
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ...
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
LAROCHE (G.) ..
LIAN
MOREAU
SEZARY

Clinique
médicale

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
FEY
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU

Clinique
chirurgicale

MM.

EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DU 153^e R. A. F.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et des Maladies de l'Encéphale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

En hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. HEUYER

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Qui nous a inspiré le sujet
de ce travail. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de notre
vive gratitude et de notre res-
pectueux attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. CATHALA

Médecin de l'Hôpital Trousseau

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

EXTERNAT

1931-1932 MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET.

1932-1933 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ CADENAT.

1933-1934 MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE.

1934-1935 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ CATHALA.

1935 MONSIEUR LE DOCTEUR DUHEM.

INTERNAT

1937-1938 MONSIEUR LE DOCTEUR A. MARTIN.

1938-1939 MONSIEUR LE DOCTEUR R. CLEMENT.

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET.

1939-1941 MONSIEUR LE DOCTEUR G. PAISSEAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR G. HEUYER.

1941-1942 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGR. J. CATHALA.

INTRODUCTION

L'observation ininterrompue, au cours des vingt dernières années, d'états mentaux pathologiques consécutifs à l'encéphalite épidémique, a soulevé des problèmes de plus en plus complexes, et suscité, dans tous les pays, des travaux considérables. Depuis l'épidémie de 1917-1920 qui permit d'en préciser les principaux aspects cliniques, la maladie a continué à sévir sous forme de cas sporadiques, à symptomatologie souvent fruste et atypique.

Maladie d'un polymorphisme extrême, capable de réaliser par ses manifestations tardives tous les syndromes neurologiques et psycho-pathologiques, l'E. E. « a ouvert un vaste champ à la psychiatrie, tant au point de vue de l'étiologie des maladies mentales que de la formation du caractère et de l'intelligence. »

Le virus encéphalitique, transmissible expérimentalement à l'animal, n'a pas encore été isolé de façon certaine; si bien qu'on discute de l'unité ou de la pluralité des virus responsables des épidémies européenne, américaine, japonaise et australienne. Dans l'état actuel de nos connaissances, le terme d'encéphalite épidémique reste donc pratiquement synonyme d'encéphalite infectieuse aiguë primitive.

Éliminant les encéphalites aiguës secondaires aux diverses maladies infectieuses, qui ont fait récemment l'objet d'une thèse très documentée de Mlle M.-Th. COMBY,

nous bornerons notre étude aux *manifestations mentales éloignées de l'encéphalite épidémique de l'enfant*.

Nous n'envisagerons ici ni les troubles mentaux passagers (délire, confusion mentale) qui accompagnent la période aiguë initiale et s'effacent avec elle, — ni les troubles mentaux parfois consécutifs à l'E. E. de l'adulte. Cette dernière distinction est importante. En effet, si l'E. E. détermine presque constamment chez l'enfant des troubles caractériels qui persistent tout au long de l'existence, la maladie, lorsqu'elle atteint un adulte, n'entraîne que de façon irrégulière des troubles mentaux d'ailleurs différents, à type de psychose dépressive, obsessionnelle, hallucinatoire ou paranoïde. Nous avons basé notre étude, entreprise sur les conseils de notre maître le Docteur HEUYER à qui nous sommes heureux d'adresser ici l'expression de notre respectueux attachement et de notre vive reconnaissance, sur les 80 observations d'E. E. recueillies à la clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile depuis 1924.

Parmi ces dernières, nous publions ici, comme étant les plus intéressantes du point de vue qui nous occupe, les 22 observations que nous avons pu mettre à jour grâce à notre enquête auprès des familles et des médecins d'asile, et à nos recherches au services des aliénés à la Préfecture de Police.

Le but de notre travail, dans les limites que nous lui avons précédemment assignées, sera triple :

1°) Apporter, par des exemples nouveaux, notre contribution à l'étude clinique et diagnostique des perturbations durables créées par l'E. E. dans l'état mental des enfants, et confronter les théories qui, à l'heure actuelle, ont tenté d'en donner une interprétation étiologique et pathogénique.

2°) Porter, sur l'évolution et le pronostic de ces trou-

bles mentaux, le jugement qu'autorisent les vingt années de recul dont nous bénéficions aujourd'hui.

3°) Tirer de ce « bilan » des conclusions d'ordre pratique dans le sens des mesures à prendre, et de la solution à apporter au problème médico-social posé par ces « invalides moraux » que sont les enfants encéphalitiques.

HISTORIQUE

L'encéphalite épidémique n'est probablement pas une maladie nouvelle. La polioencéphalite supérieure de WERNICKE, la chorée de DUBINI (qui était une épilepsie-myoclonie) en représentent peut-être des variétés cliniques anciennement observées. Mais sa description comme entité nosologique date des travaux de CRUCHET en France et de VON ECONOMO, à Vienne, qui, en 1917, firent connaître, sous des noms différents, les manifestations cliniques de l'affection dont ils venaient d'observer les premiers cas. L'épidémie qui, durant plusieurs années sévit dans tous les pays d'Europe, suscita dès lors de multiples publications, et des études dont les plus importantes furent en 1918 celles de NETTER en France et de WISNER en Allemagne.

Les troubles mentaux qui accompagnent la période aiguë de la maladie sont, dès ce moment, bien connus. Bientôt, ceux qui lui succèdent attirent également l'attention des cliniciens. Au mois de mars 1920, CLAUDE rapporte à l'Académie de Médecine des cas de troubles mentaux observés chez des adultes dans les suites de l'E. E.

En juin de la même année, BRIAND et BOREL publient l'observation princeps de syndrome hypomaniaque à exacerbation nocturne survenu chez un enfant au cours d'une encéphalite aiguë épidémique. Dès lors, les observations de perturbations mentales consécutives à l'E. E. chez l'enfant se multiplient, tant en France (BRIAND, Rou-

QUIER, PORCHER, CAPGRAS, REBOUL-LACHAUX, MOURIQUAND, BERIEL, CRUCHET, P. MARIE et Mlle LEVY, MASSE et LEBOURGO, COLLIN et Mlle REQUIN, CLAUDE et G. ROBIN, ROUBINOVITCH, LOGRE, KAHN, HAMEL et MERLAND, PEHU et BONAFE, EUZIERES et BLOUQUIER DE CLARET) qu'à l'étranger : BAUER et MAYER en Suisse, HOFSDADT, PROJELSKI et GROBEL, STERN, BONHOEFER, en Allemagne, PATERSON et SPENCE, ELY et FRANCK en Angleterre, FRANCIONI en Italie, BOYD, LEAHY, EBAUGH en Amérique.

Ces publications font connaître les divers types sous lesquels se présentent les troubles mentaux chez l'enfant encéphalitique, troubles du caractère et perversions. Le magistral exposé de TRUELLE et PETIT au Congrès de Quimper de 1922, les thèses de BRANCHE (Lyon 1922), G. ROBIN (Paris 1923), KOSTITCH (Montpellier, 1923: l'Invalidité morale post-névritique). BESSON, LEBAR, PADDEANO, rassemblent et discutent les faits acquis à cette époque. Au même moment, NAVILLE définit et décrit l'état bradyphrénique post-encéphalitique.

Au cours des années suivantes, outre les observations nouvelles publiées de tous côtés (notamment l'étude de notre maître HEUYER sur quatorze cas de perversions post-E, les observations de LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON, LHERMITTE, CARRETTE, DUPOUY et ABELY, HYVERT, PETIT) l'attention des auteurs se porte sur les problèmes nouveaux soulevés par l'évolution tenace des troubles de la conduite post-E, problème diagnostique et médico-légal, (abordé par BRIAND dès 1921): discussion de la Royal Médico-Chirurgical Society de Glasgow en 1923, travaux de HEUYER, de WIMMER, de MARIA ROSSI, de MARCHAND et COURTOIS; problème du psychodiagnostic différentiel entre perversions constitutionnelles et perversions encéphalitiques (CLAUDE et G. ROBIN); discussions étiologiques où s'affrontent les partisans du rôle primordial joué par le terrain et les prédispositions hé-

réditaires, et ceux de l'origine purement encéphalitique des perversions; problème pathogénique sur le mécanisme intime du comportement de ces malades (TINEL, DUPOUY et ABELY, HESNARD, LE GUILLANT, WIMMER, REBOUL-LACHAUX, ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON); problème pronostique et thérapeutique (EUZIERES : 1923, HEUYER, 1925: vœu relatif à l'hospitalisation des pervers encéphalitiques); en 1928, FRIBOURG, BLANC expose dans son rapport au 13^e Congrès de Médecine légale, la grande variété des réactions antisociales imputables aux états post-encéphalitiques.

En 1930, MENDER apporte, avec sa thèse sur les perversions morales post E., une importante mise au point de cette question. Depuis cette époque, la somme des travaux consacrés à l'avenir mental des enfants encéphalitiques n'a cessé de s'accroître. En même temps que se multipliaient les observations particulières, l'E.E. est apparue de plus en plus comme une maladie à évolution prolongée, susceptible de déterminer les syndromes psychopathologiques les plus divers. Nous ne pouvons que citer les publications de CRUCHET, HEUYER et ses collaborateurs, CLAUDE, LHERMITTE, LAIGNEL-LAVASTINE, LE GUILLANT, SHIFF et SIMON, et, à l'étranger, celles de SCHACHTER (Roumanie), VERMEYLEN (Belgique), BRANDT GROTJAHN, BIER, LANGE, PLOCK, DRETHER, FRANKEL (Allemagne), COOPER, HILL, BROMBERG (Angleterre), RUGGIERI, BERGAMINI, MAZZEI, EMMA (Italie), NARF, BLEULER, BOND et APPEL, SMITH, ACKERSON, BROWN A.-W., JENKINS et CISLER, MOLITCH (Amérique). Enfin, tout récemment, les rapports de notre maître HEUYER et de VERMEYLEN au groupement français d'études de neuro-psychiatrie infantile en mai 1939, ont préludé à un large débat sur le diagnostic et les problèmes d'ordre pratique posés par les troubles du caractère secondaires à l'E. E. de l'enfant.

CHAPITRE I

LES TROUBLES INTELLECTUELS

La question de savoir dans quelle mesure l'intelligence des enfants peut être modifiée, globalement ou dans telle ou telle de ses fonctions, par le virus encéphalitique, a toujours vivement préoccupé les médecins, soucieux de porter un pronostic sur l'avenir intellectuel de ces malades.

Nous avons aujourd'hui le recul suffisant pour essayer de dégager, en conclusions des études poursuivies par de nombreux auteurs, un ensemble de conclusions d'une portée très générale confirmées par nos propres observations.

Pour la clarté de notre exposé, nous envisagerons tour à tour: 1°) *les troubles du développement intellectuel appréciés globalement* par l'étude du niveau mental de l'enfant.

2°) *Les troubles particuliers de la mentalité et des diverses fonctions de l'intelligence*: mémoire, attention, imagination, jugement.

I. — LES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL

Nous avons eu recours à la méthode des tests de BINET et SIMON pour la détermination du niveau mental chez nos malades. Elle nous a permis d'aboutir, en accord avec la grande majorité des auteurs, aux constatations suivantes :

1°) *On n'observe pratiquement jamais de régression intellectuelle* par rapport au niveau qu'avait l'enfant au moment de l'atteinte encéphalitique aiguë initiale. *Il n'y a pas de démence infantile post-encéphalitique.* Il n'y a pas de *débilité mentale* acquise post-E. chez les sujets que la maladie frappe après l'âge de dix ans.

2°) Dans la majorité des cas, l'E. E. survenant avant l'âge de dix ans détermine chez l'enfant, en dehors de toute prédisposition antérieure, une arriération intellectuelle plus ou moins accentuée : rarement un arrêt au niveau mental qu'il avait lorsque la maladie s'est manifestée ; le plus souvent un *simple ralentissement du développement intellectuel*, entraînant « un retard qui s'aggrave d'année en année, mais avec la possibilité de quelques acquisitions pédagogiques progressives. » (HEUYER)

A ce point de vue intervient un facteur d'une importance capitale : celui de l'âge de l'enfant au moment de l'atteinte encéphalitique. *Plus l'enfant est jeune, plus grand sera le retard.* Au-dessous de 7 ans, le système nerveux n'a pas achevé son développement, les connexions de l'encéphale nécessaires à un fonctionnement normal ne sont pas encore réalisées. L'enfant touché avant cet âge prendra très souvent l'apparence d'un débile mental, incapable de suivre les classes de son âge.

Nous avons observé, chez 32 de nos malades atteints d'E. E. avant l'âge de dix ans, différents degrés d'arriération psychique consécutive:

a) Chez 5 enfants (soit 15 % des cas) il s'agissait d'un véritable arrêt intellectuel à partir du début de l'encéphalite survenue respectivement à 10 ans, 9 ans, 8 ans et 4 ans. Dans ce dernier cas, Georges G..., âgé de treize ans, avait 4 ans 1/2 de niveau mental. On peut le rapprocher des cas, à vrai dire exceptionnels, publiés par PATERSON et SPENCE, EBAUGH, BRANCHE, dans lesquels une arriération voisine de l'idiotie succède à l'E. quand elle frappe des tout petits au-dessous de quatre ans.

b) Chez 23 enfants (72,5 % des cas) l'E. détermine un simple retard, d'importance variable, mais en règle d'autant plus considérable que l'enfant était plus jeune au moment du début de la maladie. Nous avons observé que tout sujet atteint avant l'âge de 7 ans restait un débile mental, c'est-à-dire ne dépassait pas le N. M. de 10 ans. En outre, chez tous, le niveau scolaire reste très sensiblement inférieur au niveau mental et peut aller jusqu'au retard presque entier quand l'E. frappe l'enfant très jeune (Roger G.: 3 ans, André G.: 6 ans, Raymonde F (obs. 1): 6 ans, Marcel C. (obs. 4): 6 ans, Germaine R.: 3 ans). Par contre, lorsque l'E. débute à 7 ans ou plus tard, l'enfant atteint généralement un niveau mental égal ou un peu supérieur à 10 ans; il n'est donc pas débile; mais, comme chez les précédents, le retard scolaire reste considérable.

c) Enfin, chez quatre enfants (12,5 %) tous atteints après 7 ans, nous n'avons observé aucune atteinte de l'intelligence proprement dite, mais seulement un retard plus ou moins important au point de vue pédagogique.

Les cas de ce genre seraient particulièrement fré-

quents d'après SCOTT, JENKINS et ACKENSEN, CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX.

Les raisons de ce décalage quasi-constant entre niveau mental et niveau scolaire résident d'une part dans les troubles particuliers de la mentalité que nous étudierons plus loin, d'autre part dans une scolarité devenue irrégulière, tant du fait de la maladie elle-même que des troubles du caractère qu'elle détermine.

En conclusion d'une récente étude basée sur l'observation prolongée de 108 enfants, les auteurs américains A.-W. BROWN, JENKINS et CISLER pensent que les troubles intellectuels ne sont pas expliqués seulement par l'épisode aigu initial de l'encéphalite mais représentent les effets d'un processus évolutif et progressif.

II. — LES TROUBLES DE LA MENTALITÉ ET DES DIVERSES FONCTIONS PSYCHIQUES

I. — *Bradyphrénie.*

En 1922, NAVILLE a décrit chez les post-encéphalitiques un état habituel d'inertie et d'apathie psychiques (déjà notées par CLAUDE en 1920) avec lenteur des processus mentaux et psycho-moteurs et indifférence apparente. A ces troubles se rattachent l'incapacité au travail, la fatigabilité et l'extrême paresse intellectuelles, dues à la « paralysie des automatismes normaux (FRIBOURG-BLANC). » Le sujet, condamné à « vouloir sa pensée », est incapable de tout effort psychique de qualité supérieure.

Il est impossible de ne pas rapprocher cette bradypsychie, avec lenteur si particulière à l'idéation, qui s'observe même isolément en dehors de toute atteinte motrice, de la bradycinésie parkinsonienne. La loi du paral-

lélisme psycho-moteur de Dupré trouve là une de ses applications les plus nettes.

Cet état de « viscosité mentale » peut d'ailleurs cesser brusquement et momentanément sous l'influence de toute cause extérieure d'excitation, phénomène comparable en tous points à la kinésie paradoxale des parkinsoniens.

Il peut aussi s'exagérer, sous forme de crises brady-psychiques donnant l'apparence d'absences comitales, mais sans perte de connaissance, comme dans le cas présenté par G. PETIT et DAUSSY chez un enfant de 12 ans. ROUBINOVITCH a même observé un cas de crises narcoleptiques, durant un quart d'heure environ, provoquées par l'effort intellectuel.

2. — *Puérilité.*

Les enfant encéphalitiques manifestent souvent dans leurs attitudes, leurs jeux, leurs questions ou leurs réponses, une puérilité sur laquelle ont insisté notamment HEUYER, MENDER, CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX.

ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON, étudiant expérimentalement la psychopathologie des encéphalitiques, ont trouvé chez ces derniers une régression vers le puérilisme affectif.

Il en résulte que souvent, au premier abord, ces enfants offrent l'apparence d'un retard intellectuel supérieur à leur retard réel.

3. — *La mémoire* est habituellement la mieux conservée des fonctions intellectuelles, surtout la mémoire d'évocation. Cependant, des défaillances ont été notées par CRUCHET, CLAUDE et G. ROBIN, COMBY, MENDER. Nos propres observations en contiennent aussi plusieurs exemples.

4. — *L'attention* est au contraire la fonction le plus fréquemment et le plus gravement touchée. Tous les observateurs ont été frappés par l'inattention dont font preuve ces enfants au cours de leurs interrogatoires. Il est impossible de fixer leur esprit plus d'un instant sur un sujet donné. Toujours distraits, instables, passant d'une idée à une autre, incapables de se concentrer intellectuellement, ils répondent n'importe quoi aux questions qu'on leur pose.

Pour objectiver ce trouble fondamental de l'attention, nous avons fréquemment utilisé le test de TOULOUSE et PIERRON, analogue au test de FOGUES DE FURSAC. Il consiste à faire souligner, dans un temps donné, sur une page de signes presque identiques rangés par lignes, les signes qui diffèrent de tous les autres par un très petit détail. Tous nos malades exécutaient très mal l'épreuve, accumulant erreurs et omissions.

5. — *L'imagination* est habituellement intacte. S'il est parfois difficile de la maintenir dans les limites d'un sujet déterminé (narration scolaire, par exemple) l'imagination spontanée, par contre, reste souvent vive, et favorise la tendance assez fréquente à la mythomanie.

6. — *Le jugement.*

CLAUDE et G. ROBIN, MENDER ont souligné la vanité, la crédulité le manque de jugement et de sens critique. A notre tour, nous avons rencontré plusieurs fois, parmi nos jeunes malades, des troubles graves du jugement (le cas de Roger G... obs. 19, est particulièrement net à cet égard). On conçoit aisément quelles conséquences fâcheuses peuvent en résulter pour le comportement de ces sujets victimes de leur suggestibilité, faciles à entraîner, et dont la tendance à la délinquance se trouve de ce fait aggravée.

En conclusion, ce qui domine dans les troubles intellectuels post-E. chez l'enfant, ce sont *les troubles de l'attention*: ce sont eux qui, joints à la lenteur et à l'apathie psychiques rendent si difficiles les acquisitions pédagogiques, et expliquent le contraste fréquemment observé entre une arriération pédagogique profonde et une intelligence presque normale quant à la mémoire et au jugement. En peu de temps les meilleurs élèves deviennent les pires. C'est l'incapacité d'attention et de tout travail suivi qui, joints à leur instabilité, fait rapidement de ces enfants « des anormaux, en marge de la société de leur âge ». (G. LEVY).

Enfin, des nombreux cas que nous avons étudiés, ne se dégage aucun parallélisme, ni entre troubles intellectuels et troubles du caractère, ni entre troubles intellectuels et troubles neurologiques, parkinsoniens en particulier: d'ailleurs, ces derniers sont généralement d'apparition trop tardive pour influencer le développement psychique au cours des premières années.

CHAPITRE II

LES TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT

L'étude des troubles psychiques consécutifs à l'encéphalite chez l'enfant est dominée par les modifications de l'humeur, du caractère, et, d'une façon générale, de tout le comportement du sujet. CLAUDE dit très justement que les troubles du caractère après une encéphalite sont avant tout des troubles de la conduite. L'importance de ces derniers tient à trois causes principales :

1°) Ils sont plus ou moins nets, mais *constants*. D'intensité et d'allure extrêmement variables, depuis les formes légères compatibles avec une vie sociale normale jusqu'aux formes sévères entraînant la délinquance à répétition et nécessitant l'internement, on peut dire que les troubles du caractère s'observent chez tous ces enfants, du moins chez tous ceux que la maladie frappe avant l'âge de la puberté.

Notre maître HEUYER a montré en effet que, contrairement à une opinion très répandue, la puberté marquait le plafond de l'intelligence et fixait le caractère d'une façon quasi-définitive, au terme d'une longue évolution commandée par les tendances infantiles héréditaires, mais influencée par le milieu social, l'éducation et les circonstances extérieures.

2°) Malgré leur extrême variabilité, les troubles de l'humeur se groupent habituellement de manière à réaliser des *types* symptomatiques suffisamment évocateurs pour faire soupçonner à eux seuls le diagnostic d'encéphalite.

3°) Leurs conséquences pratiques sur le plan social et médico-légal posent des problèmes difficiles du plus haut intérêt, et devraient, pensons-nous, faire envisager, dans un but de prophylaxie sociale, la création de services spéciaux pour l'observation et le traitement de ces malades.

DESCRIPTION

Il est maintenant classique de décrire quatre grandes formes, souvent intriquées et associées, de troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite : la *forme hypomaniaque* et la *forme perverse*, de beaucoup les plus importantes,

— *La forme épileptoïde*,

— *La forme psychosique ou obsessionnelle*, exceptionnelle chez l'enfant, plus fréquente dans l'adolescence.

I. — FORME HYPOMANIAQUE

Cette forme, dont BRIAND, et BOREL en 1920, ont publié l'observation princeps, sous la dénomination « onirisme nocturne et hypomanie » a été étudiée par BRIAND et ROUQUIER, PORCHER, REBOUL-LACHAUX, LAIGNEL-LAVASTINE, TRUELLE et PETIT, Mlle LEVY, et à leur suite par tous les auteurs qui, en France et à l'étranger ont traité des troubles du caractère post-E. chez l'enfant. C'est la forme la plus couramment observée.

Habituellement, ses manifestations sont aussi les plus précoces, apparaissant peu de temps après l'épisode aigu encéphalitique (COMBY, G. LEVY, HOFFSTADT, MAYER), souvent même sans intervalle libre (SCHACHTER).

C'est essentiellement *un syndrome d'excitation psycho-motrice à exacerbation vespérale et nocturne avec insomnie*. L'enfant devient agité, turbulent, instable, taquin, d'humeur changeante. Cet état qui, souvent, n'apparaît pas ou reste atténué pendant la journée, se déchaîne ou s'exagère le soir, à heure fixe, sous forme d'agitation hypomaniaque de plus en plus intense; l'enfant court ça et là, crie, chante, rit, danse, bavarde avec une loquacité qui va parfois jusqu'à la fuite des idées, et dans laquelle les plaisanteries et les facéties alternent avec les injures et les menaces. « Souvent, il se livre à des actes de violence, brise les objets, déchire les étoffes, griffe, mord, lapide ses frères et sœurs. Et rien ne le fait obéir, il se cabre dans une bravade insolente » (PICHON). L'enfant ne s'endort pas et il est impossible de le maintenir au lit. Au contraire, son agitation augmente et atteint un degré extrême: il se lève, hurle et gesticule jusqu'à 1 ou 2 heures du matin, parfois jusqu'au jour. A ce moment, il s'endort d'un sommeil agité, coupé de cauchemars avec hallucinations visuelles et frayeurs oniriques. Celui-ci se prolonge pendant une partie de la matinée, sans compenser néanmoins le retard vespéral; d'où, dans l'ensemble, diminution de la quantité d'heures de sommeil.

Des rémissions, il est vrai, s'observent, incomplètes et passagères. Par contre, au cours de certains paroxysmes, se manifestent des tendances à allure perverse sur lesquelles nous aurons l'occasion d'insister, et qui, par les dangers qu'elles font courir à l'entourage peuvent nécessiter l'internement.

Chez presque tous nos malades nous avons observé

des manifestations relevant de cette excitation psychomotrice simple. Raymond B. (obs. 3) casse et démolit tout; Simone T. (obs. 18) déchire sa serviette, jette ses aliments; Roger G. (obs. 19) crie, brise les objets et saccage tout. Il serait aisé d'en multiplier les exemples, mais ce type clinique est trop connu pour que nous nous y arrêtions davantage.

II. — FORME PERVERSE

CLAUDE, CRUCHET, MOURIQUAND, BRIAND, les premiers, signalèrent l'apparition de réactions perverses chez l'enfant au décours de l'encéphalite épidémique. ROQUIER, BOREL, REBOUL-LACHAUX en apportèrent bientôt de nouvelles observations. Puis ce furent, en 1923, les travaux de LHERMITTE, d'EQUIERES qui définissent l'invalidité morale post-névritique, la thèse de ROBIN, et, à l'étranger les publications d'EBAUGH, BONHOEGER. Depuis lors, les travaux concernant cette importante question n'ont cessé de se multiplier.

Dans l'étude complexe des perversions post-encéphalitiques, nous distinguons, avec notre maître HEUYER, deux grandes formes cliniques:

— *une forme pure* de perversions simples, à base d'impulsivité, avec conservation entière ou relative de l'affectivité et du sens moral, se traduisant sur le plan de la conduite par des impulsions comparables aux impulsions épileptiques, mais conscientes et mnésiques.

— *une forme compliquée*, de perversions réfléchies, à tendance maligne, analogues aux perversions constitutionnelles.

A) *Dans le premier type*, qui fait la transition avec les troubles hypomaniaques décrits précédemment, (la coexistence est d'ailleurs fréquente) il s'agit simplement de la traduction sur le plan de la conduite et du comportement des profondes modifications survenues dans le psychisme et l'humeur de ces malades : *instabilité, impulsivité, irritabilité*.

Sans préjuger des interprétations pathogéniques auxquelles nous consacrerons un chapitre spécial, nous étudierons successivement les manifestations perverses de ce type classique :

- 1° *Instabilité et fugues.*
- 2° *Impulsivité, irritabilité, violences.*
- 3° *Taquineries, importunité.*
- 4° *Indiscipline, abandons de poste.*
- 5° *Gloutonnerie, ivrognerie, toxicomanies.*
- 6° *Vols.*
- 7° *Mensonges. Mythomanie.*
- 8° *Perversions sexuelles.*

dont nous dégagerons ensuite les caractères généraux communs.

1° *Instabilité et fugues.*

L'instabilité psycho-motrice est un élément fondamental et constant du caractère post-E. L'impossibilité d'un travail suivi et régulier, le besoin continu de changer de place et d'occupation ont été notés par tous les observateurs. Quand ces sujets ne sont pas renvoyés de leurs places pour quelque manquement au devoir ou à la discipline, ils les quittent par coup de tête, et c'est fréquemment après plusieurs échecs semblables que des enfants ou des adolescents nous ont été présentés pour la première fois (obs. 4, 6, 14, 21). *La fugue* est la ma-

nifestation la plus nette de cette instabilité foncière. Elle a presque toujours un caractère impulsif. Le besoin d'un changement de lieu devient tel que, sans préparation ni réflexion, le malade quitte la maison familiale, l'atelier ou le patronage. « C'est plus fort qu'eux... » Cependant la fugue est consciente et n'est pas suivie d'amnésie, ce qui la distingue de la fugue épileptique (obs. 7, 8, 9 12, 14). Il convient de noter que la fugue aboutit parfois à la délinquance par nécessité, et qu'il arriva à plusieurs de nos malades d'être appréhendés pour vagabondage et mendicité. Les engagements dans la marine ou l'armée coloniale viennent souvent satisfaire un goût morbide de l'aventure et du voyage (obs. 15 et 21).

2° *Impulsivité. Irritabilité. Violences.*

L'impulsivité, qui se traduit par le caractère subit, violent et irréfléchi de toutes les réactions du sujet est une composante habituelle du psychisme de ces malades.

Il existe en outre chez eux un état d'*irritabilité morbide* très spécial: d'une susceptibilité extrême, ils se croient toujours l'objet de brimades ou de moqueries. De plus, ils ne tolèrent aucune règle, et la moindre observation déchaîne de terribles colères. Ils se répandent en propos orduriers et grossièretés qui contrastent souvent avec leur éducation antérieure. Ils sont batailleurs et vindicatifs. Mise au service de cette irritabilité, leur impulsivité les pousse à des *actes de violence* parfois graves. BRIAND et REBOUL-LACHAUX rapportent des cas de tentatives d'étranglement, de projection d'un marteau à la tête d'un voisin, de coups et de morsures.

FRIBOURG-BLANC a publié deux cas de meurtres commis par de jeunes soldats encéphalitiques. D'autres cas de réactions homicides ont été rapportés par LAIGNEL-

LAVASTINE et DESOILLE, SILVEIRA et PUITO DE TOLEDO (Sao-Paulo).

Parmi nos propres malades, Raymonde F. (obs. 1) frappe sa grand'mère d'un coup de couteau, bat ses frères, mord une infirmière. Odile F. (obs. 2) poursuit les voisins de ses menaces de mort. Robert K. (obs. 7) toujours prêt à frapper, menace et injurie grossièrement ses proches. Renée P. (obs. 16) ne peut entendre pleurer sa petite fille sans la giffler. Roger G. (obs. 14) est renvoyé de partout à cause de son humeur batailleuse.

3° *Taquineries, importunité.*

Les actes impulsifs dont se rendent coupables beaucoup de ces malades affectent souvent la forme de sévices destinés à satisfaire une *taquinerie malade*. Celle-ci s'exerce contre les personnes ou les animaux. Qu'il nous suffise de rappeler les exemples connus de cet enfant qui « s'amuse à écarteler les canards », de cet autre qui « met les doigts dans les yeux des chiens et des chats et leur tire la queue ». (BRIAND et REBOUL-LACHAUX); de cet enfant de 11 ans, observé par Mlle LEVY qui, « grimpé sur un arbre urine sur la tête des paralytiques assemblés au pied de l'arbre ». Nos propres observations abondent en faits de ce genre. Raymond B. (obs. 3) taquine les animaux et joue des tours aux voisins, Henri D. (obs. 6) serre le cou des animaux et leur prend le museau dans sa bouche. Jeanne B. (obs. 8) crache sur les gens par la fenêtre. Alphonse T. (obs. 12) donne des coups de poing dans les devantures. René S. (obs. 16) tente plusieurs fois d'allumer du feu chez lui. Certains actes procèdent d'une excitation hypomaniaque à tendance maligne. Jeanne B. (obs. 8) pique un jour son petit frère avec une épingle. Renée P. (obs. 16) essaie de se couper avec les lames de rasoir de son père. Simone T. (obs. 18) jette des pierres dans les carreaux,

donne des coups de couteaux dans les arbres. Un autre malade, Paul H. essaie d'étouffer sous un oreiller un petit typhique gravement malade, et renouvelle cette tentative sur sa sœur quelques temps après.

Des manifestations taquines, dont le but est souvent d'attirer l'attention sur leur auteur, nous rapprocherons « *l'importunité assidue* » (MENDER) dont font preuve certains de ces enfants qui montrent une familiarité excessive, questionnant et interprétant continuellement, imposant leur présence et leurs propos avec un sans-gêne qui touche à l'inconscience.

4° *Indiscipline. Abandons de poste.*

De leur instabilité et de leur susceptibilité, résulte pour ces malades, avec l'intolérance à l'égard de toute contrainte extérieure, l'impossibilité de se plier à une discipline quelle qu'elle soit.

Ces enfants sont renvoyés de toutes les écoles en raison de leurs manquements continuels à l'ordre et au règlement. Confiés à des patronages ou à des ateliers, ils s'y révèlent inutilisables et incapables de suivre la règle commune. Tel fut le cas de presque tous nos sujets, confiés au Patronage de l'enfance ou placés au dehors par ses soins. Plus tard, dans la vie militaire, ils manifestent la même indiscipline. FRIBOURG-BLANC a insisté sur l'intérêt médico-légal des incidents qui en résultent et a rapporté plusieurs exemples de jeunes soldats traduits devant le conseil de guerre pour rébellion contre leurs supérieurs, désobéissance ou abandon de poste.

5° *Gloutonnerie. Ivrognerie. Toxicomanie.*

La simple gourmandise est d'observation fréquente. Elle est parfois excessive, allant jusqu'à la gloutonnerie (obs. 14).

D'autres s'adonnent à la boisson sous l'emprise d'une impulsion dyspomaniacque irrésistible (obs. 21).

D'autres enfin peuvent verser dans des toxicomanies diverses, telle Odille F. (obs 2) éthéromane et morphinomane. Il y a là, chez certains sujets, un élément de fâcheux pronostic sur lequel nous reviendrons.

6° Vols.

C'est encore l'impulsivité qui donne aux vols commis par les encéphalitiques leur caractère souvent très spécial. Tout se passe comme si, subitement, sans l'avoir préparé ni prémédité, ils étaient irrésistiblement poussés par une force supérieure à leur volonté, à s'emparer d'objets dont la futilité, l'inutilité ou l'incohérence signent en général la nature pathologique de l'acte. Ils le font sans se cacher, ou du moins avec une maladresse et une absence de précautions telles qu'ils sont pris sur le fait ou très rapidement découverts. D'ailleurs, conscients de leur état morbide, ils regrettent aussitôt leur acte et parfois restituent d'eux-mêmes l'objet volé. Il s'agit de menus vols d'argent à la maison, ou de marchandises aux étalages. Les récidives sont incessantes et les vols sont souvent stéréotypés; le malade dérobe toujours la même sorte d'objets, puis les distribue ou les collectionne.

Nous avons relevé l'impulsion au vol chez plus de la moitié de nos enfants post E. Entre autres, Odile F. (obs. 2) vole chez ses patrons et dans les grands magasins; elle est six fois inculpée. Marcel C. (obs. 4) entasse dans sa chambre de petits jouets en celluloïd que sa mère restitue aux personnes qui viennent les lui réclamer. Robert K. (obs. 7) vole aux étalages et dérobe des sacs à mains dans la rue. Jeanne B. (obs. 8) vole « sans le faire exprès » et distribue tout ensuite. De même Alphonse T. (obs. 12) jette ou donne ce qu'il a dérobé.

Roger G. (obs. 19) fait porter à une jeune fille un collier volé qui est aussitôt reconnu par sa propriétaire.

Il convient toutefois de noter que, dans certains cas, (obs. 6) le vol n'est plus le résultat d'une impulsion, mais d'un entraînement par des camarades, entraînement rendu facile par la suggestibilité et le manque de jugement sur lesquels nous avons déjà insisté.

7° *Mensonges. Mythomanie.*

Comme tous les auteurs, nous avons fréquemment observé chez nos jeunes malades l'impulsion au mensonge. Ces enfants mentent sans utilité « pour dire des blagues », sans motif, si ce n'est pour attirer l'attention sur eux. Ensuite ils avouent aisément et rapidement leurs mensonges, alors que leur sincérité paraissait entière.

Ces sujets, volontiers hâbleurs, cherchent à se faire valoir par des récits mythomaniques qui prennent parfois un tour calomnieux (obs. 5, 13, 15, 16, 19). Nous rapprocherons de ces faits les cas de simulation (FRIBOURG-BLANC) et les manifestations d'ordre pithiatique (contracture, troubles psycho-moteurs) dont certains auteurs (DUPOUY, GILLES, LAIGNEL-LAVASTINE) ont publié des exemples.

8° *Perversions sexuelles.*

Ces perversions, à des degrés divers, sont à peu près constantes chez les enfants atteints d'encéphalite. La précocité sexuelle est la règle et très fréquentes les manifestations érotiques.

Parfois d'ailleurs apparaissent les signes d'une puberté précoce (STERN), voire même d'une macrogénitosomie comme dans les cas publiés par notre maître HEUYER avec Mlle BADONNEL et LHERMITTE.

Les tendances érotiques *bénignes* sont les plus fré-

quentes: la tendance à embrasser, signalée par G. ROBIN, les privautés impulsives et les familiarités avec les femmes, la masturbation simple ou avec prosélytisme, la recherche du sexe opposé sur laquelle ont insisté REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN, la provocation à des actes homosexuels dont SHIFF et TRELLES, PETIT, ont rapporté des exemples. Ce sont elles que nous avons observées chez un grand nombre de nos malades.

CLAUDE, SIVADON et AJURIAGUERRA ont publié un cas très curieux de fétichisme du soulier avec autoérotisme du mollet chez un jeune encéphalitique.

Les perversions sexuelles *graves* sont plus rares: tentatives de viol et attentats aux mœurs, comme dans le cas de Gaston M. (obs. 14) qui attirait des enfants par de menus cadeaux, Outrages à la pudeur, exhibitionnisme, dont Maria Rossi, WIMMER ont publié plusieurs cas. Robert K. (obs. 7) se déculotte devant les femmes. Henri C. (obs. 10) est appréhendé plusieurs fois pour masturbation en public au bois de Boulogne.

Il semble qu'il n'y ait pas de perversion sexuelle qui ne puisse s'observer. MENDER a publié dans sa thèse un cas de bestialité, et nous-mêmes avons rencontré cette perversion chez deux de nos malades.

Les impulsions érotiques entraînent parfois des conséquences dont l'importance ne doit pas être sous-estimée; chez les filles, c'est la prostitution (obs. 16); chez tous, c'est le danger de contamination vénérienne, blennorragique ou syphilitique, souvent associées.

CARACTERES GENERAUX

Au terme de l'étude analytique qui précède il importe de dégager les caractères majeurs communs à toutes les manifestations perverses répondant à ce type

classique de description, le plus caractéristique des états mentaux post-E. chez l'enfant. Nous avons insisté sur le fait que les troubles du comportement, quels qu'ils soient, sont la conséquence de l'*instabilité*, de l'*irritabilité* et surtout de l'*impulsivité* de ces malades. Non préparé et non prémédité, l'acte n'est précédé ni de réflexion, ni de lutte obsédante et anxieuse. En outre, nous l'avons vu, il est *conscient* et *mnésique*.

Le fait capital est qu'il y a chez ces malades, avec *une conscience généralement nette de l'état morbide, une conservation totale ou tout au moins partielle de l'affectivité et du sens moral*. L'affectivité vis-à-vis des parents et des proches se montre sensiblement normale. A ce point de vue, le pervers post-E. diffère nettement du pervers constitutionnel dont l'affectivité est nulle. Si l'enfant fait une fugue, c'est « sans penser et non sans savoir » qu'il fait de la peine à ses parents.

Il convient de rappeler aussi cette « importunité assidue », et ce besoin d'attirer l'attention sur eux qui donnent à tous ces malades comme un air de famille. (G. ROBIN).

MARSHALL, DAWSON, CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE, HEUYER, PETIT, DAUSSY et bien d'autres auteurs ont insisté sur la conservation du sens moral.

Quelle que soit la faute commise, l'enfant la regrette, demande son pardon, se repend sincèrement et promet de ne plus recommencer. Vains serments !... Tous les efforts de relèvement semblent voués à l'échec. L'enfant récidive inévitablement sous l'empire d'une impulsion incoercible. L'*inintimidabilité* est absolue. Nous reviendrons ultérieurement sur les discussions et les théories qui ont tenté d'éclairer la pathogénie de l'acte délictueux chez les encéphalitiques. Qu'il nous suffise pour l'instant de marquer que tout se passe comme si le sujet se trouvait subitement poussé par une force supérieure à la

volonté qu'il est capable de lui opposer. Ce sont bien des « invalides moraux » (EUZIERES), expression très juste qui ne préjuge pas du mécanisme intime du comportement. Notre maître HEUYER a insisté sur les caractères des réactions médico-légales post-E.: même lorsqu'il y a à l'origine du délit une cause logique (misère) et une préméditation apparente, celui-ci reste nettement pathologique, entaché d'incohérence, de maladresse et d'inefficacité. Telle malade condamnée sept fois pour vol, va changer ses billets de 1.000 francs à un endroit où elle est connue pour son dénuement. Elle avoue immédiatement et dit : « Je n'ai jamais volé sans être prise. »

Mais l'acte pervers fut-il, comme nous l'avons vu parfois, assez habilement machiné et exécuté, ou empreint d'apparente malignité, ce qui permet de le rattacher au type classique c'est la persistance de l'affectivité, la souffrance que l'enfant éprouve de sa déchéance et de la peine qu'il fait à ses parents, ses remords, ses aveux faciles, ses serments de conduite exemplaire suivis d'inévitables récidives.

B) *Le deuxième type de perversion post-encéphalitique*, type beaucoup plus rare et sur lequel nous serons bref, se distingue du précédent par « un caractère de réflexion, de préméditation, d'intérêt utilitaire, de tendance maligne, intelligente et tenace qui les apparente tout à fait aux perversions instinctives constitutionnelles. » (HEUYER).

Instabilité, agressivité, impulsivité restent des éléments essentiels de l'état mental. Mais l'enfant assiste indifférent au chagrin qu'il cause à ses parents. *L'affectivité est abolie*. Il ne manifeste ni peine ni remords des fautes qu'il commet. Il fait le mal pour le plaisir de nuire

ou de faire souffrir. Il est cruel envers les animaux. Les vols prennent un caractère nettement utilitaire, parfois à forme d'escroquerie. La mythomanie est volontiers calomnieuse avec mise en scène: tel de nos jeunes malades, âgé de 13 ans, Louis D. allait jusqu'à se barbouiller de sang pour faire croire qu'on l'avait battu. Cette forme compliquée de perversions post-E. s'observe dans deux conditions différentes:

a) Tantôt d'emblée, chez des sujets prédisposés par leurs antécédents héréditaires, porteurs de stigmates variés de dégénérescence, ayant manifesté avant l'encéphalite des troubles du caractère et des tendances perverses que la maladie a seulement aggravée (obs. 18 et 21).

b) Tantôt secondairement: l'affectivité et le sens moral, d'abord conservés, s'effacent et s'abolissent à la longue (obs. 12 et 14).

D'ailleurs, dans l'un ou l'autre des deux grands types décrits, chaque trouble du comportement s'observe rarement à l'état isolé. Au contraire (et ce sera la conclusion de ce chapitre) *l'association des différentes perversions sous des aspects multiples est la règle* et jointe à l'insurmontabilité totale des malades, elle fait de ces derniers des êtres profondément insociables, que seules des mesures spéciales de surveillance ou d'hospitalisation peuvent rendre inoffensifs et partiellement utilisables.

III. — FORME EPILEPTOIDE

L'épilepsie s'observe parfois au cours des états post-encéphalitiques, soit sous forme de crises motrices, soit sous formes d'équivalents: absences ou vertiges. Le caractère de l'enfant se modifie pour prendre l'aspect du

caractère épileptique. Mais ce dernier peut apparaître indépendamment de toute manifestation clinique d'ordre comital (HEUYER). Nous avons insisté, dans un chapitre précédent sur la bradypsychie et la lenteur si particulière de l'idéation, identiques, dans les cas extrêmes, à la viscosité mentale des épileptiques.

De même, dans leurs crises d'excitation ou de colère, certains encéphalitiques manifestent une violence, une fureur aveugle à caractère clastique analogues à celles des comitiaux.

Par ailleurs, CLAUDE, G. ROBIN et d'autres auteurs, ont noté chez ces malades, après certains actes délictueux, des états transitoires d'hébétude, d'engourdissement psychique extrême qui s'apparentent à l'état crépusculaire couramment observé au décours des crises comitiales. Parmi nos propres malades, deux cas nous semblent répondre à cette forme particulière. Roger G. (obs. 19) présente des équivalents comitiaux (absence, vertiges et un comportement épileptoïde). Raymonde B. (obs. 3) nous fournit un exemple d'instabilité à type épileptoïde indépendant de tout accident comitial proprement dit.

IV. — FORME PSYCHIQUE OU OBSESSIONNELLE

Ainsi que nous l'avons indiqué au début de ce travail, cette forme appartient essentiellement à l'adulte chez qui l'encéphalite détermine des troubles mentaux variés « qui vont depuis la névrose obsessionnelle jusqu'à la psychose hallucinatoire chronique, à base d'automatisme mental et à forme de persécution ou d'influence ». (HEUYER).

En réalité si les troubles psychiques sont en effet exceptionnels chez l'enfant avant douze ans, ils apparais-

sent assez souvent aux approches de la puberté qui, ici encore, marque une étape essentielle avec l'achèvement de la personnalité psychique de l'enfant. Concernant l'avenir mental de l'encéphalite épidémique de l'enfant, ces troubles nous intéressent donc dans deux éventualités: soit qu'ils apparaissent d'emblée au décours d'une E. E. de l'adolescence, soit qu'ils viennent compliquer tardivement l'état mental d'un malade atteint d'E. E. dans le jeune âge.

Les obsessions, très variées, se présentent souvent sous forme d'impulsions motrices stéréotypées: gestes répétés de brossage, le sujet frottant à plusieurs reprises le devant de son vêtement avec la main fermée; gestes répétés de prosternation comme dans le cas publié par notre maître HEUYER. Raymond F. (obs. 1) présente à certains moments l'obsession du lavage des mains. CLAUDE, BARUK et LAMACHE, LAIGNEL-LAVASTINE ont rapporté plusieurs observations d'obsessions — impulsions post-encéphalitiques. L'impulsion psycho-motrice au vol affecte généralement une forme stéréotypée. DUPOUY et HYVERT ont publié de leur côté des cas de fugues à caractère obsédant. Parfois l'obsession a un caractère purement idéatif, d'ordre métaphysique, sous forme de « questions insolubles sur la vie, l'univers, avec le pourquoi auquel il n'y a jamais de réponse ». Des cas de doublement de la personnalité ont été observés (HEUYER).

Quelle que soit l'idée obsédante, elle est inséparable de l'anxiété particulière à laquelle seule la réalisation de l'impulsion apporte un soulagement momentané. « Toutefois, avec le temps, cette anxiété tend à s'atténuer, elle finit même par disparaître complètement... Ainsi le vol, auquel le sujet résistait d'abord au cours d'une lutte anxieuse plus ou moins intense, finit par être réalisé sans conflit. » (HEUYER). La forme obsessionnelle peut d'ailleurs exister à l'état isolé sous l'aspect d'une psychasthé-

nie pure. COUMEL, dans sa thèse, a insisté sur ces syndromes dépressifs et en a donné plusieurs observations chez de jeunes soldats.

C'est parfois un sentiment pénible d'aboulie, d'inhibition psychique; tel était le cas de Michel N. (obs. 22) qui présentait en outre des hallucinations nocturnes, auditives et génitales. Des idées hypochondriaques, simples ou délirantes, peuvent naître. Au cours des crises dépressives apparaissent souvent des idées de *suicide* dont la réalisation impulsive n'est plus exclue. BRIAND et ROQUIER, CLAUDE, DUPOUY, BAUER et CHATAGNON, CARETTE, LAIGNEL-LAVASTINE, KAHN, et, à l'étranger, A. COOPER et RUGGIERI ont rapporté des cas de suicide. Une seule parmi nos malades, Jeanne B. (obs. 8) se suicida par défenestration. Mais plusieurs autres firent des tentatives (obs. 1, 2, 7, 16).

Chez certains malades la forme obsessionnelle peut aboutir à de véritables *psychoses hallucinatoires chroniques*, dans lesquelles prédominent souvent des idées de persécution ou d'influence. Notre maître HEUYER a rapporté avec Ch. DURAND une curieuse observation d'automatisme mental avec délire à deux chez un parkinsonien et sa mère.

SHIFF et SIMON ont publié le cas d'une malade qui, atteinte à 13 ans d'E. E. présenta par la suite des crises hallucinatoires, puis un délire de grossesse et enfin, à l'âge de 28 ans, un délire de possession zoopathique. Raymonde F. (obs. 1) présenta successivement des crises dépressives avec impulsions — suicide, des crises hypochondriaques et obsessionnelles (lavage des mains) avec délire, enfin des idées délirantes polymorphes. Odile F. (obs. 2) présenta les mêmes signes dépressifs, puis de vagues idées de persécution sans délire. Il en fut de même de Robert K. (obs. 7).

Pour FRIBOURG-BLANC, les phénomènes confusionnels

et délirants de la phase aiguë peuvent réapparaître à l'occasion des réviviscences de la maladie.

Enfin de très nombreux auteurs ont rapporté des cas de *syndromes hébéphréno-catatoniques ou schizophréniques* observés au décours de l'E. E. Citons seulement CLAUDE, ROBIN et CENAC, TOULOUSE, DENY et KLIPPEL, ROGUES DE FURSAC, EUZIERES, PETIT, GUIRAUD, HANS-HALTER, KAHN, MARCHAND, COOPER, les thèses de BESSON et PADEANO.

Le problème se posait de savoir si la démence précoce pouvait dans certains cas, relever de l'étiologie encéphalitique. Nous verrons ultérieurement sur quels arguments on peut se baser aujourd'hui pour répondre à cette question très discutée.

Tels nous apparaissent, dans leur extrême variété, les troubles mentaux consécutifs à une encéphalite épidémique survenant dans l'enfance ou l'adolescence. De la classification que nous avons adoptée dans un but de clarté didactique, il ne faudrait pas conclure que les cas cliniques répondent constamment à tel ou tel type de description. Au contraire, *l'intrication des symptômes et des syndromes est la règle (parfois aussi leur succession dans le temps) et l'on peut dire qu'il existe en pratique autant de tableaux cliniques particuliers que de malades différents. Les perversions, qui sont les plus fréquentes et revêtent elles-mêmes les aspects les plus divers, existent soit isolées soit associées aux autres formes. G. PETIT a insisté sur ces états mixtes « protéiformes, discordants. » Cette notion essentielle de polymorphisme mérite d'être soulignée chaque fois que l'on étudie les troubles du caractère et du comportement de l'E. E. de l'enfant.*

CHAPITRE III

LES SIGNES ASSOCIES

Nous serons bref en ce qui concerne les manifestations cliniques de tous ordres qui se rencontrent, en association avec les troubles mentaux, chez les sujets atteints d'E. E. dans l'enfance. Mais il est impossible de ne pas rappeler, ne fut-ce que par une simple énumération, les multiples symptômes qu'un examen clinique complet permet souvent de dépister chez ces malades, symptômes dont l'importance diagnostique est considérable et dont l'appréciation est indispensable à l'établissement d'un bilan médical complet.

Nous rappellerons successivement :

- I. — Les troubles du sommeil.
- II. — Les troubles de la respiration et de la parole.
- III. — Le syndrome excito-moteur.
- IV. — Le syndrome parkinsonien et les autres manifestations proprement neurologiques.
- V. — Les troubles oculaires.
- VI. — L'épilepsie.
- VII. — Les caractères du L. C. R.
- VIII. — Les troubles neuro-végétatifs.
- IX. — Certains troubles généraux variés.

1° *Les troubles du sommeil* consistent essentiellement en accès de somnolence diurne parfois invincible qui prennent le malade à différentes heures de la journée, souvent après les repas. Ces accès s'exagèrent à certaines périodes.

Nous les avons relevés chez plus de la moitié de nos malades. Ils existent tantôt isolés, tantôt associés à l'insomnie nocturne (forme insomnique), ou à des troubles du sommeil nocturne qui est agité avec onirisme, cauchemars, cris et parfois somnambulisme.

2° *Les troubles respiratoires*, bien décrits par Mlle LEVY, affectent la forme de polypnée, soit permanente soit paroxystique et vespérale, de toux spasmodique sèche et quinteuse, de tics respiratoires de soufflement par la bouche et le nez (obs. 4) de reniflement, de sputation (obs. 3), de baillements incoercibles dont nous avons observé un cas.

La parole est souvent troublée, dans son émission par déperdition nasale, dans son articulation rendue difficile, dans son débit qui devient monotone: dysarthrie, tachyphémie (CLAUDE) (obs. 15), palilalie, pseudo-bégalement encéphalitique (Mme BOREL-MAISONNY). La voix peut être encore scandée et nasonnée, (obs. 5) ou seulement changer de timbre (obs. 17).

3° *Le syndrome excito-moteur*, décrit par P. MARIE et Mlle LEVY comprend: des mouvements choréïques et des tics.

— des bradycinésies, « mouvements lents, réguliers, rythmiques, de grande amplitude. »

— les myoclonies et le hoquet.

— les tremblements localisés,

tous phénomènes dont nous avons observé quelques

exemples. Robert K. (obs. 7) et Lucien F. (obs. 11) présentent des secousses fibrillaires et des tics de la face.

4° *Le syndrome parkinsonien* peut présenter tous les degrés, depuis le tableau très fruste dont les éléments souvent incomplets, demandent à être recherchés systématiquement (léger tremblement, localisé seulement aux paupières et surtout à la langue, roue dentée, exagération légère des réflexes de posture, perte partielle des mouvements automatiques) jusqu'au grand tableau typique et complet où dominent le tremblement, la sialorrhée, l'hypertonie avec faciès figé et corps soudé, la bradikinsie. Souvent les symptômes prédominent sur une moitié du corps.

Si l'on tient compte des formes très atténuées, on peut dire que le syndrome parkinsonien existe avec une extrême fréquence et les cas que nous publions dans ce travail en illustrent les différentes variétés.

Nous retrouvons ici le caractère de *polymorphisme* propre à toutes les manifestations encéphalitiques. L'évolution présente elle-même une très grande variabilité. Parfois précoce, le plus souvent tardif, débutant 9 ans (obs. 3), 11 ans (obs. 2) après l'épisode aigu initial, le syndrome peut rester fruste, ou bien évoluer lentement vers un tableau plus complet, ou bien aboutir progressivement au Parkinson grave qui fait du malade un infirme, voire un grabataire.

Les autres symptômes proprement neurologiques sont plus rares, et existent généralement en association avec le syndrome parkinsonien, témoignant de la grande diffusion possible du virus névraxitique.

— les spasmes de torsion sont d'observation classique. Nous en avons rencontré quatre cas.

— les signes pyramidaux, hémiparésie, syncinésies,

hyperréflexivité tendineuse, signe de Babinski ne sont pas exceptionnels (obs. 18).

— les paralysies des nerfs craniens de même (obs. 7).

5° *Les troubles oculaires* sont d'une fréquence comparable à celle du syndrome parkinsonien. Nous les avons observés plus ou moins nettement chez 88 % environ de nos malades.

La paralysie ou parésie des globes oculaires, l'abolition du réflexe pupillaire à l'accommodation avec conservation du réflexe à la lumière sont les plus constants.

Viennent ensuite:

— les crises oculogynes dont nous avons rencontré cinq cas (obs. 7 et 15).

— l'inégalité et l'irrégularité pupillaires et, plus rarement,

— la diplopie et le nystagmus dans certaines positions des globes oculaires.

6° *L'épilepsie* qu'on observe parfois au cours de l'épisode encéphalitique initial peut persister ultérieurement (WIMMER, A. COOPER, NARF) tantôt sous la forme Bravais-Jacksonnienne tantôt sous la forme de crises généralisées (obs. 20) ou d'équivalents comitiaux : absences, vertiges (obs. 19), ROUBINOVITCH, SHIFF et COURTOIS qui ont étudié ces faits insistent sur les cas où les crises apparaissent plusieurs années après une atteinte d'E. E. non épileptiforme, et discutent d'une part la question du lien qui les rattache à la maladie, d'autre part la pathogénie même des crises qui peuvent être dues soit au virus encéphalitique, soit à des lésions cérébrales cicatrisées.

7° *Le L. C. R.* souvent étudié chez ces malades, ne présente en général, en dehors de la période aiguë, ni

réaction cellulaire ni hyperalbuminose. Le taux du sucre est parfois augmenté (obs. 2, 19) et cette *hyperglycorachie*, lorsqu'elle existe, a une énorme valeur diagnostique. Mais elle est inconstante, s'élevant vraisemblablement de manière intermittente au moment des poussées évolutives de la maladie, et son absence ne saurait en aucun cas éliminer le diagnostic d'E. E. ancienne.

Les réactions de B. W. et du benjoin colloïdal sont négatives.

8° *Certains troubles neuro-végétatifs*, parfois à caractère paroxystique: crises de prurit, engourdissement passager d'un membre, crises de palpitations, de baillements, d'énervement ou de subanxiété immotivées ont été signalés par CLAUDE, PETIT et DAUSSY, LAIGNEL-LAVASTINE. P. BORREMANS et L. VAN BOGAERT leur ont consacré une étude récente.

Très souvent le R. O. C. a été trouvé exagéré chez ces malades.

9° Enfin des *troubles généraux* variés d'origine centrale méritent une mention.

L'obésité, signalée en 1921 par NETTER, NOBECOURT, RIVET, ROGER, est fréquemment constatée (obs. 1, 13, 16, 20).

Plus rarement, une hypertrophie staturale (HEUYER) un diabète insipide, un syndrome adiposo-génital, une glycosurie, des troubles thyroïdiens ou génitaux pourront être légitimement rattachés à l'E. E.

Tous ces troubles, dont les uns sont très fréquents (troubles du sommeil, troubles parkinsoniens, troubles oculaires) les autres plus rares doivent être recherchés systématiquement chez tout sujet suspect d'encéphalite ancienne.

Nous verrons qu'ils apportent souvent, notamment dans les cas frustes, un appoint essentiel au problème diagnostique.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Reconnaître l'origine encéphalitique de troubles mentaux apparus au cours de l'enfance ou de l'adolescence est souvent chose aisée, parfois problème très délicat.

La connaissance d'antécédents précis d'E. E. avec léthargie plus ou moins prolongée et troubles oculaires, ou encore la constatation d'un syndrome neurologique cliniquement évident, à fortiori l'association des deux éléments, ne laissent place à aucune discussion concernant l'étiologie des troubles mentaux. Mais dans bien des cas où l'épisode aigu initial a été fruste et méconnu, où les signes neurologiques n'apportent au tableau clinique qu'une note discrète et inapparente à un premier examen, le diagnostic devient difficile. Néanmoins, on ne risque guère de méconnaître la véritable nature de ces troubles intellectuels et caractériels si, comme le conseille notre maître HEUYER, on pense systématiquement à l'encéphalite en présence de toute modification acquise du comportement psychique et moral chez un enfant ou un adolescent.

MARCHAND et COURTOIS, BRIAND, ont observé des malades chez qui les troubles mentaux ont précédé toute autre manifestation encéphalitique et ils ont insisté sur l'intérêt médico-légal de cas semblables. Il convient de

rappeler à ce propos l'aspect très particulier chez ces malades des troubles du caractère, groupés « malgré leur polymorphisme et leur variabilité en un certain nombre de syndromes psychopathiques ayant une tonalité et une couleur suffisamment caractéristiques ». (TRUELLE et PETIT). A l'appui du diagnostic, un interrogatoire approfondi révélera souvent l'existence antérieure (et parfois récente) de crises de somnolence diurne avec troubles de la vue, diplopie en particulier. Il s'y ajoutera dans certains cas la notion d'épidémie (CRUCHET).

Un examen clinique minutieux mettra en évidence un tremblement léger, digital, palpébral et lingual, une diminution des mouvements automatiques au cours de la marche, le signe de la roue dentée, une diminution de la mobilité des traits du visage et de la convergence des globes oculaires. C'est souvent sur la constatation de tels symptômes qu'on peut rapporter à leur véritable étiologie, les troubles mentaux antérieurement constatés (obs. 1, 2, 10, 21).

Si ces symptômes sont fréquemment associés, il arrive parfois qu'un seul d'entre eux existe isolément, et il convient de souligner la valeur d'un signe qui, par sa constance, revêt une importance diagnostique exceptionnelle: *le tremblement fibrillaire de la langue*. « A lui seul, ce signe ne permet pas de faire le diagnostic d'encéphalite, mais il n'y a pas d'E. sans tremblement fibrillaire de la langue. » (HEUYER).

Quant à l'hyperglycorrachie, bien qu'on l'observe dans de nombreux états neurologiques chroniques ou subaigus, elle apporte au diagnostic un appoint appréciable: associée au tremblement fibrillaire de la langue, elle permet d'affirmer l'encéphalite. Cependant, elle manque souvent en dehors des poussées évolutives de la maladie, et son absence ne saurait faire éliminer l'existence d'un état encéphalitique.

L'étude du L. C. R. même négative, permet d'éliminer la tuberculose, la syphilis, les méningites.

Au total, les principaux éléments du diagnostic positif restent la constatation chez un enfant ou un adolescent de troubles mentaux acquis ayant « une tendance nette à la périodicité et à la chronicité, et l'apparition de symptômes physiques et psychiques définis groupés en tableaux caractéristiques, presque pathognomoniques. » (PIENKOWSKI).

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES TROUBLES INTELLECTUELS DOIT ETRE FAIT:

1°) avec la débilité intellectuelle congénitale.

Mais celle-ci remonte à la naissance. Le diagnostic ne se pose qu'en cas d'arrêt intellectuel consécutif à une encéphalite du premier âge. Outre le contexte clinique, on peut alors faire état de l'absence du retard psychomoteur des premiers mois qui coexiste toujours avec la débilité mentale congénitale.

2°) avec une *démence infantile*, la ressemblance peut être assez grande, du moins à un examen superficiel. Mais dans la *démence* on constate une régression globale et massive de toutes les fonctions mentales: mémoire, raisonnement, affectivité, activité. Et nous avons vu qu'il n'existe pas dans ce sens de *démence post-encéphalitique*.

3°) Parfois, à l'adolescence, avec la *démence précoce*. Mais si les états mentaux post-encéphalitiques marquent parfois un arrêt du développement intellectuel, ils ne s'accompagnent pas de la dissociation, objectivée par les tests, qui est en général nette dans la D. P.: conserva-

tion de la mémoire et atteinte profonde des fonctions mentales supérieures d'association, d'abstraction et de synthèse. Il arrive néanmoins que le diagnostic soit rendu difficile par la bradypsychie et la lenteur d'idéation particulières aux encéphalitiques; celle-ci peuvent se traduire sur la feuille de tests par des « barrages » qui ressemblent beaucoup à ce qu'on observe chez les déments précoces. Nous nous plaçons ici au seul point de vue intellectuel, car nous discuterons à nouveau la démence précoce à propos du diagnostic des troubles du caractère et du comportement.



LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES TROUBLES
DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT
DOIT ETRE FAIT:

1°) *Avec l'instabilité simple.*

C'est encore le caractère acquis des troubles post-encéphalitiques qui permet de les distinguer de l'instabilité constitutionnelle dont les manifestations psychomotrices remontent à la naissance. L'enfant a toujours été turbulent, touche-à-tout, instable et agité, à la maison comme à l'école. Par contre, « le diagnostic peut être plus difficile lorsque l'instabilité succède à une chorée, d'autant plus qu'il existe des chorées encéphalitiques qui laissent après elles des troubles du caractère. » (HEUYER).

2°) *L'hypomanie chronique* se confond avec l'instabilité (CHASLIN). Il existe en outre, chez l'enfant, des états maniaques à évolution intermittente et cyclothymique. Cette périodicité serait caractéristique si la forme hypomaniaque des troubles du caractère de l'encépha-

lite ne présentait pas, elle aussi, des paroxysmes séparés d'accalmies. Le diagnostic de ces derniers se fonde alors sur les antécédents et le contexte clinique. En outre, la conscience de l'état morbide, sur laquelle nous avons insisté, permet de les distinguer des états hypomaniaques proprement dits.

3°) *Les obsessions constitutionnelles*, qui ne sont pas rares chez l'enfant « s'accompagnent d'une anxiété toujours plus nette que celle d'une obsession encéphalitique. Cette anxiété persiste indéfiniment, sans s'atténuer, tant que dure l'obsession. La notion d'une hérédité similaire, la constatation chez l'un des parents ou des collatéraux, du même état psychasthénique permet le diagnostic. » (HEUKER).

4°) *Les troubles psychiques consécutifs à la fièvre typhoïde* (dont notre maître HEUYER, EUZIERES et Bl. de CLARET ont publié des cas).

— à la grippe.

— au paludisme.

seront rapidement évoqués et discutés.

5°) *Les équivalents psychiques de l'épilepsie*, sous forme d'actes d'une extrême violence commis dans un état d'obnubilation crépusculaire, sont inconscients et suivis d'amnésie caractéristique. Mais en dehors des crises, le comitial présente des troubles du caractère à type d'agressivité, de variations brusque de l'humeur à forme classique dont le diagnostic est plus difficile. L'état mental, plus voisin de la démence, sera minutieusement étudié chez ces malades. Nous avons vu en effet, qu'avec ou sans crises comitiales, certains encéphalitiques présentaient des réactions absolument identiques, obligeant à décrire une forme épileptoïde.

6°) *Les perversions hystériques* rares chez l'enfant n'auraient habituellement pas le caractère d'impulsivité des perversions encéphalitiques, mais témoigneraient au contraire de préméditation malicieuse.

Les deux étiologies peuvent-elles s'associer ? La question de pithiatisme au cours des états post-encéphalitiques a été très discutée. Certes l'influence manifeste du psychisme sur les troubles organiques, respiratoires ou moteurs, aurait fait invoquer jadis une origine névropathique. Mais de plus en plus l'anatomie-pathologique permet de rattacher à une origine organique des troubles considérés jusque là comme fonctionnels, et on admet aujourd'hui que « l'irrégularité, la discordance, l'intermittence de ces manifestations... est un caractère presque essentiel des syndromes mésencéphaliques. » (TINEL).

7°) *Les perversions instinctives constitutionnelles*, magistralement décrites par DUPRE, en 1910, sont classiquement définies par un ensemble de caractères qui les opposent aux perversions encéphalitiques.

COURBON, en 1923, a discuté le terme de « constitution », et l'a défini comme « le coefficient réactionnel du sujet, conditionné par un substratum organique apporté à la naissance, ou déterminé par des causes diverses à une date quelconque de la vie individuelle ». Nous entendons néanmoins le mot « constitutionnel » dans son sens classique, synonyme d'héréditaire, d'inné. Tandis que les perversions encéphalitiques sont acquises et que leur apparition marque une transformation totale du comportement du sujet, les perversions instinctives constitutionnelles se manifestent d'emblée, dès le tout jeune âge.

Le pervers instinctif, chez qui s'associent fréquemment la débilité mentale et divers stigmates physiques de dégénérescence fait preuve avec précocité d'une absence

complète de conscience morale. L'élément fondamental est chez lui l'abolition de l'affectivité. Dénué de tout sentiment altruiste, il satisfait une émotivité perversie par le spectacle des souffrances ou des torts causés à autrui. C'est pour le plaisir de nuire qu'il vole, calomnie, torture les animaux, commet de graves attentats sexuels. C'est le « fou moral », dont la malignité foncière s'oppose à la conservation de l'affectivité et du sens éthique chez l'enfant atteint d'encéphalite. Celui-ci, conscient de son état morbide regrette aussitôt ses actes, souffre du chagrin qu'il cause à ses parents, demande pardon et promet avec sincérité de ne plus recommencer. On est parfois frappé par la maladresse, la bénignité relative des délits qui restent inachevés ou sont réparés spontanément. Aussi, la majorité des auteurs admet-elle que le mécanisme de l'acte délictueux est différent chez l'un et l'autre malade.

Le défaut d'inhibition, de contrôle, de pouvoir frénateur chez l'encéphalitique s'oppose à la volonté de nuire qui caractérise le pervers constitutionnel. Chez ce dernier, « le pouvoir exécutif n'est pas entravé; c'est le pouvoir central qui pêche »; il y a préméditation. Au contraire, chez l'encéphalitique, seul le « pouvoir exécutif » est dérégulé. L'intention au mal n'existe pas. (CLAUDE et G. ROBIN) MENDER insiste en outre sur « l'importunité assidue et récidivante, la susceptibilité, l'affaiblissement du sens des convenances qui donnent un cachet particulier au caractère post-E. »

De plus, alors que la folie morale forme un syndrome ou s'associent toujours chez un même sujet divers types de perversions à base d'inaffectivité et de malignité, il n'est pas rare d'observer chez les encéphalitiques, au moins pour un temps, une seule d'entre elles sous forme isolée et stéréotypée.

Enfin les réactions perverses post-encéphalitiques sont

discontinues, intermittentes, conditionnées par les périodes d'agitation psycho-motrice du malade. Au contraire le pervers instinctif est toujours égal et semblable à lui-même.

Mais il s'en faut que l'opposition entre les deux types précédents soit toujours aussi tranchée. A la longue, l'affectivité finit par s'émousser chez les encéphalitiques; les tendances perverses se multiplient chez un même sujet; la délinquance répétée finit par porter atteinte au sens moral et les délits prennent alors un caractère d'utilitarisme, de préméditation, d'habileté et de malignité qui les rapproche beaucoup des pervers constitutionnels. Nous avons précédemment étudié ce type spécial et grave de perversions, que l'encéphalite peut aussi réaliser d'emblée chez des sujets prédisposés, à lourde hérédité psychopathique, dans les antécédents desquelles se retrouvent des tendances perverses antérieures à l'épisode encéphalitique initial. Des faits de ce genre incitent certains auteurs (LEBAR, BRIAND, REBOUL-LACHAUX, LE GUILLANT) à ne pas admettre de distinction nette entre perversions constitutionnelles et perversions encéphalitiques, et à voir dans ces dernières une « suscitation tardive de perversions instinctives. »

Il convient à ce propos de rappeler un caractère fondamental commun aux deux types de perversions: *l'intimidabilité absolue*. Chez l'un comme chez l'autre, quel que soit le mécanisme psychologique qui déclenche l'acte pervers, aucune exhortation, aucune menace, aucune sanction ne modifie le comportement du sujet. Cependant la distinction est importante au point de vue médico-légal, puisque le code pénal admet la responsabilité du pervers constitutionnel, et l'irresponsabilité de l'encéphalitique. « Pratiquement, conclut notre maître HEUYER, du point de vue de la psychiatrie médico-légale, les uns et les autres sont des délinquants mentalement

anormaux, auxquels devraient être réservés les asiles de sûreté. »

8°) *La démence précoce à son début*, avant tout affaiblissement intellectuel grossier, se manifeste parfois par des actes pathologiques, des troubles du caractère et du comportement dont le diagnostic avec les états post-encéphalitiques peut être très difficile. D'autre part, à la suite de la grande épidémie de 1917-1922 de nombreux cas d'états hébéphréno-catatoniques post-encéphalitiques ont été observés et publiés (WIDAL, MAY et CHEVALLEY, LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE, CLAUDE, DENY et KLIPPEL, BRIAND, ROGUES DE FURSAC, GUIRAND, HANSHALTER, KAHN, PETIT, EUZIERES, thèses de LEBAR, PADEANO). Malgré l'allure généralement aiguë à terminaison favorable de ces derniers, plusieurs auteurs (BRIAND, KAHN, ROGUES DE FURSAC, PADEANO) pensaient que l'E. E. pouvait donner naissance à un syndrome démentiel chronique. L'évolution ne semble pas avoir confirmé cette hypothèse et l'opinion généralement admise aujourd'hui est que, sauf peut-être prédisposition antérieure, les deux états n'ont au fond rien de commun si ce n'est une certaine ressemblance clinique à certains stades de leur évolution. Encore, selon certains, « les phénomènes hallucinatoires, les idées obsédantes et les troubles de l'activité psychique, superficiellement analogues, montrent-ils dans l'une et dans l'autre maladie, une différence profonde et une toute autre genèse » (DRETLE).

En particulier, l'indifférence consécutive à l'acte et l'incohérence des idées chez le D. P. doivent être soulignées. « Le D. P. se rend compte de ses impulsions; il ne s'y oppose pas et essaie de les expliquer; il les élabore sur un fond délirant clair et les interprète comme des phénomènes provoqués par une influence extérieure. Chez l'E., l'acte impulsif, non corollaire d'une idée déli-

rante est une idée aberrante et se rapproche de l'impulsion épileptique » (PUCA).

Chez le D. P. l'appréciation exacte de l'état intellectuel au moyen des échelles de tests permet de dépister précocement la dissociation mentale caractéristique.

Dans les cas difficiles, l'absence de tout antécédent et de tout signe associé d'encéphalite, et, plus encore, l'évolution démentielle progressive et irrémédiable appuieront le diagnostic. Il n'en reste pas moins que nous ignorons encore la nature exacte de la démence précoce. Celle-ci n'est peut-être qu'un syndrome à étiologie multiple. Ceci, joint au fait que l'encéphalite peut tout réaliser dans l'ordre des troubles mentaux tardifs, incite à ne pas établir de distinction trop absolue entre les domaines de l'une et de l'autre affection.

En conclusion, il est sage de rechercher systématiquement les antécédents et les stigmates de l'encéphalite en présence de tout syndrome psychopathologique acquis chez l'enfant et chez l'adulte.

CHAPITRE V

EVOLUTION. — PRONOSTIC

Dès l'apparition des premières observations de troubles mentaux consécutifs à un épisode aigu d'E. E. chez l'enfant, le problème se posa de savoir quelle en serait l'évolution et quel pronostic éloigné ils comportaient. Tous les travaux de cette époque posent la même question et admettent que seule l'épreuve du temps permettra de la résoudre.

En 1930, MENDER écrit, en conclusion de sa thèse sur les perversions morales post-encéphalitiques: « depuis dix ans que l'encéphalite évolue, la question demeure encore incertaine ». Nous avons maintenant le recul suffisant, nous semble-t-il, plus de vingt ans après la publication des premiers cas, pour porter un jugement d'ensemble sur l'avenir intellectuel, mental et social des enfants encéphalitiques.

Nous baserons les conclusions de notre étude sur quatre-vingts observations recueillies à la clinique de neuro-psychiatrie infantile et surtout sur celles des vingt-deux malades dont nous possédons et publions ici l'histoire complète.

L'examen de ces cas suivis pendant dix, quinze ou vingt ans nous oblige à porter sur les troubles psychiques post-encéphalitiques chez l'enfant un pronostic sé-

vère. Il nous donne à penser en revanche qu'il serait possible d'apporter au problème médico-social posé par cette catégorie très particulière d' « invalides mentaux » une solution plus conforme aux intérêts des malades et à ceux de la collectivité.

Une idée fondamentale domine la question qui nous occupe: *le comportement psychique des sujets atteints d'E. E. porte le reflet des caractères évolutifs propres à la maladie causale elle-même.*

Dès 1922, TRUELLE et PETIT écrivaient dans leur rapport, au congrès de Quimper, « Actuellement, il semble qu'à la conception de l'E. E. maladie aiguë ou subaiguë, avec ou sans séquelles, se substitue de plus en plus la notion de l'E. E., affection chronique parfois progressive rarement régressive, évoluant par poussées subaiguës et entrecoupées de rémissions et d'intermissions prolongées. »

Cette conception a aujourd'hui définitivement prévalu. L'apparition toujours possible et souvent tardive de syndromes psychiques ou somatiques nouveaux, progressant par poussées successives parfois accompagnées de fièvre, les cas rares mais indiscutables de contagion par des sujets atteints trois ans auparavant (LEMIERRE) ou parkinsoniens (GUILLAIN, ALAJOUANINE, CELICE, MOLLARET) la présence du virus constatée dans les noyaux gris centraux quatre ans après le début de la maladie (SICARD et PARAF, PICARD et MASQUIN) sont venus démontrer que l'E. E. était une « infection chronique à manifestations le plus souvent intermittentes ou paroxystiques dont la virulence latente mais tenace, peut se révéler par des reprises et des réactivations, par des symptômes et des syndromes aussi polymorphes que variables, durant plusieurs années après le début. » (PETIT et DAUSSY). Beaucoup plus que de lésions cicatricielles (dont la symptomatologie serait fixe, définitive et toujours semblable à

elle-même) les troubles tardifs dits post-encéphalitiques sont donc la traduction d'un processus évolutif « d'E. E. prolongée » et de la réviviscence du virus persistant dans les centres nerveux.

Touché par une première atteinte d'E. E. dans l'enfance, le sujet reste pendant toute sa vie un « *encéphalitique* », dont la maladie, en apparence guérie, peut à tout moment manifester un réveil évolutif, par exemple sous la forme d'un syndrome parkinsonien tardif et progressif (obs. 2, 3, 5, 7, 9, 14, 15, 18). N'importe quel syndrome psychique ou organique peut accompagner une rechute de l'affection, et aucune limite ne peut être fixée au delà de laquelle les signes n'apparaîtront plus (A. COOPER).

Nous ne reviendrons pas sur l'évolution des troubles intellectuels qui se traduisent le plus souvent, ainsi que nous l'avons vu, par un retard dans le développement.

Quant aux troubles caractériels, il est presque impossible d'en classer les manifestations d'après leur date d'apparition aux différentes périodes de la maladie; il serait faux de parler de « début, de période d'état, de séquelles » d'un processus toujours évolutif (HEUYER).

Cependant, VERMEYLEN distingue schématiquement trois phases : une phase d'infection généralisée, une phase neurologique, enfin une phase psycho-pathologique.

D'après nos propres observations, il est plus habituel de voir les troubles psycho-pathologiques apparaître précocement au décours de l'épisode encéphalitique initial, fruste ou avéré, tandis que les signes neurologiques s'observent plus tard, d'abord discrets, puis progressivement plus nets, passant souvent au premier plan.

D'autre part, chez un sujet donné, les modalités de la conduite et de l'humeur ne restent pas indéfiniment fixées et semblables à elles-mêmes.

Autant qu'on puisse schématiser des faits aussi variables et polymorphes, il est certain qu'à un stade précoce la forme d'excitation nocturne est la plus fréquente. Elle fut d'ailleurs observée et décrite la première. Ensuite, l'instabilité, l'irritabilité, l'impulsivité, qui constituent désormais les éléments essentiels de la mentalité de l'enfant, développent leurs conséquences, et les impulsions aux vols, aux fugues, etc... apparaissent. Il arrive souvent que tel acte délictueux ou pervers se répète d'abord sous une forme stéréotypée et isolée: le malade est un voleur, ou un fugueur, ou un pervers sexuel. Mais, plus ou moins rapidement, les écarts de conduite se multiplient, se surajoutent les uns aux autres, s'intriquent ou se succèdent selon les types les plus divers. Les perversions sexuelles, en particulier, apparaissent fréquemment, associées à des signes de puberté précoce, chez des enfants restés taquins, violents, voleurs ou fugeurs à la suite d'une E. E. remontant aux premières années de la vie. Plus tard, à l'adolescence peuvent apparaître des troubles psychiques systématisés sous forme de psychoses obsessionnelle ou délirante, de persécution ou d'influence (obs. 1, 2, 22).

Notons que pour certains auteurs (COLLIN, Mlle ABRAMSON) on peut tirer de l'ordre d'apparition des troubles psychiques, des données intéressantes pour l'étude du développement de l'affectivité normale de l'enfant.

Il y a plus. Dans les cas typiques, la conservation de l'affectivité, la conscience de l'état morbide, l'absence de préméditation, le repentir après la faute sont caractéristiques. Mais, chez d'autres, l'inaffectivité, l'habileté et la préméditation dans les actes, l'utilitarisme des délits sont indéniables. Or, si ce dernier type se rencontre le plus souvent d'emblée chez des prédisposés psychologiquement tarés, il peut aussi succéder progressivement au type précédent (obs. 11, 15, 16). L'habitude créée par

les récidives incessantes, l'échec de tous les efforts de relèvement et de toutes les tentatives faites pour échapper au sentiment d'infériorité inspiré par la conscience de l'état morbide, la mésestime de l'entourage, les sanctions, les humiliations, parfois aussi l'état de besoin où le sujet peut se trouver dans certaines circonstances (au cours d'une fugue par exemple) sont autant de facteurs qui, en s'additionnant, finissent par émousser le sens moral en même temps que le sens affectif.

A la longue, la résistance à l'acte mauvais diminue, des besoins nouveaux naissent à la faveur d'habitudes délictueuses ou perverses. En outre, il est des perversions dont la pratique entraîne des conséquences tardives susceptibles d'influer à leur tour sur le psychisme. Chez certains, une toxicomanie par l'alcool (obs. 21) la morphine ou l'éther (obs. 2) ajoute au tableau clinique ses manifestations particulières. Chez d'autres, la mendicité habituelle accompagne un véritable état dromonaniaque (obs. 12). La prostitution n'est pas rare (obs. 16). Un nombre important de malades contractent blennorragie et syphilis (obs. 1, 2, 16, 21).

Il est donc fréquent de voir, chez un encéphalitique, l'évolution des troubles du caractère et du comportement se faire dans le sens de la complication et de l'aggravation.

Il est un autre point très important sur lequel nous insisterons. Comme la maladie elle-même, les troubles caractériels encéphalitiques évoluent d'une manière *discontinue, intermittente, périodique* (G. PETIT, CLAUDE). Variable d'un moment à l'autre de la journée, le comportement du sujet diffère aussi suivant les périodes, tantôt presque normal, tantôt troublé par de véritables crises d'instabilité et d'impulsivité psycho-motrices, qui semblent représenter une phase encore active de la maladie (PEHU, HEUYER). Toutefois, le surmenage, les émo-

tions, les saisons; les affections intercurrentes peuvent jouer un rôle dans le déclenchement de ces paroxysmes (G. PETIT).

Alors, l'insociabilité des malades devient telle que l'internement peut s'imposer. Toute vie familiale devient impossible, et les parents demandent le placement volontaire. Ou bien, lorsque l'enfant est devenu un adolescent ou un adulte c'est la délinquance répétée (vols, attentats sexuels, actes anti-sociaux divers) qui après un certain nombre de condamnations justifie une expertise médico-légale dont la conclusion est l'internement d'office. Il arrive que celui-ci soit définitif. Le fait est rare: l'isolement, le séjour à l'asile exercent une action sédative sur l'état mental du malade. Ce dernier se comporte assez bien en général; et sa lucidité, l'impossibilité de le considérer comme un aliéné au sens propre du mot, conduisent à autoriser la sortie demandée par la famille. Alors commencent les tentatives répétées de mise en liberté suivies d'échecs et de réinternements. A l'asile, le malade se plaint à juste titre de vivre en compagnie d'aliénés; il se montre lucide et sa conduite ne donne lieu à aucune observation grave, il supplie qu'on le laisse sortir et promet de réformer son genre de vie. Illusionné par d'aussi bonnes dispositions, les parents voient leur enfant transformé, le croient guéri, et multiplient les demandes de sortie jusqu'à ce que celle-ci soit accordée. Mais aussitôt remis en liberté, le malade récidive inévitablement: violences, actes anti-sociaux de plus en plus graves se répètent, aboutissant à un nouvel internement. Certains sujets sont ainsi internés jusqu'à quatre fois (obs. 12), cinq fois (obs. 3), six fois (obs. 7), sept fois (obs. 1) et finissent en général par rester définitivement à l'asile.

A l'opposé, existe-t-il des cas favorables à évolution

régressive ? Les troubles mentaux consécutifs à l'E. E. peuvent-ils guérir ?

En 1926, notre maître HEUYER écrivait, en conclusion d'une étude sur quatorze cas de perversions post-E.: « Je n'ai observé aucune guérison des troubles, du caractère et perversions post-E. Les malades me paraissent en évolution et, jusqu'à présent non guéris. » Quinze ans plus tard, rien ne nous autorise à porter un jugement moins sévère. Au contraire, l'espoir que l'on avait pu conserver de voir ces troubles s'amender et s'effacer à la longue, ne s'est pas réalisé.

Si l'on met à part les symptômes psychiques de la phase aiguë (délire, confusion mentale, onirisme) qui s'effacent avec elle et certains états hébéphrénocatatoniques post-encéphalitiques qui se résolvent lentement, si l'on admet par ailleurs que certains sujets présentent des troubles bénins compatibles avec une existence sociale à peu près normale, on peut dire qu'il est exceptionnel de voir disparaître des troubles graves du caractère et des perversions.

Si l'on se souvient de la possibilité de rémissions et de très nettes améliorations pendant d'assez longues périodes, on conçoit qu'une observation de durée limitée ait pu faire croire à des proportions de guérison de 12 % (GROSSMANN) ou même de 25 % (PATERSON). De même, on peut se demander si les cas de régression publiés par MARCHAND et COURTOIS, Le GUILLANT, etc., ne correspondent pas à de simples accalmies, et quelle en fut l'évolution ultérieure.

Ce que démontre l'observation de tels malades prolongée pendant de nombreuses années c'est que, dans l'état actuel de la thérapeutique, les troubles graves du caractère et les perversions apparues dans l'enfance à la suite d'une E. E. sont *chroniques* et *incurables*.

Si deux de nos malades (obs. 3, 5) devenus l'un et

l'autre de grands infirmes grabataires ont retrouvé d'après les renseignements fournis par leurs familles, une certaine égalité d'humeur, tous les autres manifestent de nombreuses années après le début de l'E. E. les mêmes tendances délictueuses ou perverses sur un fond acquis définitif d'instabilité et d'impulsivité.

Il en résulte que les possibilités d'adaptation sociale de ces malades sont particulièrement réduites. Tout concourt à les rejeter hors des cadres de la société normale. La paresse morbide de ces enfants, leur incapacité de tout effort soutenu, leurs violences et leurs grossièretés, leur indiscipline absolue rendent impossible une scolarité régulière. Retirés par leurs parents ou renvoyés de l'école, ils sont orientés vers un corps de métier où, pour les mêmes raisons, ils se révèlent aussi mauvais apprentis qu'ils étaient mauvais élèves: ils travaillent mal, n'acceptent aucune règle, ne s'intéressent à aucune besogne suivie, brutalisent ou volent leurs camarades. S'ils ne sont pas promptement renvoyés, ils éprouvent bientôt le besoin irrésistible de changer de lieu, d'occupation, et, sans autre motif, ils quittent le chantier ou l'atelier. Ils font ainsi de nombreuses places sans parvenir à se fixer dans aucune. Ils font des fugues, vagabondent, et deviennent inévitablement des délinquants.

Ils commettent d'une façon indéfinie les mêmes délits pour lesquels ils encourent de vaines condamnations. En somme, ils sont à peu près inutilisables dans des conditions normales, et constituent une charge excessive pour leur famille qui finit par demander leur placement. Parfois, l'apparition d'un syndrome neurologique (parkinsonien notamment) à évolution grave et progressive vient encore assombrir le pronostic fonctionnel de ces malades. L'incapacité physique s'ajoutant à l'incapacité morale finit par rendre impossible toute occupation utile.

Il n'est pas jusqu'au pronostic vital lui-même qui ne nous paraisse devoir être réservé chez les sujets atteints d'E. E. dans l'enfance. Nous avons été frappé du nombre relativement considérable de décès survenus précocement chez nos malades. Certes, la plupart ont eu pour cause directe les troubles neurologiques et non les troubles mentaux (obs. 7, 18, 20), Andrée G. (obs. 17) est morte d'une grippe intercurrente. Seul, le suicide de Jeanne B. par défenestration (obs. 8) peut être imputé à son état psychopathique.

Il reste que sur vingt-deux sujets, cinq (soit 23 %) sont morts adolescents au adultes jeunes.

Sans vouloir tirer des chiffres précédents aucune conclusion d'ordre général, il nous paraît intéressant de les mentionner.

Au total, l'avenir des troubles mentaux encéphalitiques est sombre. Il nous restera à examiner, dans un chapitre ultérieur dans quelle mesure il serait possible de l'améliorer, sinon par la thérapeutique, du moins par une organisation médico-pédagogique et prophylactique adaptée à la transformation définitive de l'état psychique de ces malades.

CHAPITRE VI

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE. — MECANISME

Nous nous proposons de rappeler ici brièvement les discussions étiologiques et pathogéniques que soulèvent la production et le mécanisme des troubles mentaux consécutifs à l'E. E. de l'enfant.

1° *La gravité de l'épisode aigu initial* ne paraît conditionner ni la fréquence ni l'intensité des troubles mentaux ultérieurs. Notre maître HEUYER estime que l'E. E. détermine de manière presque constante des troubles du caractère chez l'enfant.

Par contre, à une forme sévère d'E. peut succéder un syndrome psycho-pathologique bénin; inversement, un syndrome majeur de perversions graves avec insociabilité peut être symptomatique d'un état encéphalitique à début fruste, voire même ignoré (obs. 1, 10, 13, 22).

De même, *l'importance des signes neurologiques* associés n'est nullement proportionnelle à celle des troubles mentaux.

Souvent, les uns et les autres sont très évidents (obs. 2, 3, 4, 7, 9, 14, 18). Mais nous avons fréquemment observé des troubles caractériels intenses associés à des signes neurologiques minimales (obs. 1, 6, 8, 10, 11, 12, 16, 21). Inversement ces derniers sont parfois au premier plan, le psychisme restant peu touché (obs. 5, 20).

Aucun sexe ne paraît plus particulièrement prédisposé. Du fait que quinze de nos vingt-deux malades sont des garçons nous ne croyons pas pouvoir conclure à la sensibilité plus grande du sexe masculin.

Au contraire, la question de l'âge où l'enfant a contracté la maladie est très importante. La maladie frappe un cerveau dont le développement n'est pas achevé, dont les connexions ne sont pas complètement établies, une personnalité morale dont les éléments sont encore fragiles et incohérents.

Elle détermine en général des désordres d'autant plus grands qu'elle est survenue à un âge plus précoce: arriération intellectuelle, et surtout troubles du caractère et perversions. Ceux-ci sont la traduction d'un déséquilibre mental acquis, et persistent à l'âge adulte. Sept de nos 22 malades avaient eu l'E. E. avant six ans, quatorze avant neuf ans.

Au contraire, lorsqu'elle survient chez l'adulte, dont la personnalité psychique est achevée et fixée, l'E. E. ne détermine que de manière inconstante des troubles mentaux, de préférence à type dépressif sous forme de psychoses obsessionnelles, hallucinatoires ou paranoïde.

Existe-t-il une prédisposition héréditaire aux troubles du caractère et aux perversions encéphalitiques ?

Sur cette question souvent débattue, les auteurs restent partagés, encore que leurs conceptions se rejoignent sur plusieurs points.

KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, TRUELLE, CARETTE, REBOUL-LACHAUX (qui insiste sur l'hérédité alcoolique), CENAC, CAPGRAS, DUPOUY et ABELY (qui ont observé un cas d'exhibitionnisme avec hérédité similaire), VERMEYLEN, MAIER, STERCK, Mlle ROSSI croient au rôle fondamental du terrain, et pensent que la maladie ne fait que révéler des perversions instinctives d'origine héréditaire, ou tout

au moins que l'hérédité donne à la perversion sa direction et sa formule. Les troubles mentaux « se font dans le sens même des tendances, des habitudes et des instincts individuels. Chaque sujet réalise la névrose à laquelle le préparait sa constitution. » (TINEL).

A l'opposé, BRIAND (dont le cas princeps ne présentait aucun antécédent psychopathologique), CLAUDE, G. ROBIN, HEUYER, PETIT, BESSON, GUIRAUD, MENDER, LE GUILLANT, KOSTITCH, WIMMER, SCHACHTER, PIENKOWSKI (qui ne trouve de prédisposition héréditaire ou personnelle que dans 20 % des cas) sont frappés par la fréquence avec laquelle l'E. E. paraît créer de toutes pièces des troubles du caractère et des perversions, sans qu'il soit possible de découvrir dans les antécédents des malades aucune prédisposition particulière. La constance avec laquelle ces troubles s'observent chez les enfants encéphalitiques vient à l'appui de cette thèse.

Ces auteurs ne nient d'ailleurs pas l'existence et le rôle des prédispositions de terrain pour certains sujets, et ils aboutissent aux conclusions suivantes, auxquelles nous nous rallions :

1°) L'E. E. détermine souvent à elle seule chez l'enfant des troubles du caractère et des perversions.

2°) Ceux-ci sont particulièrement importants lorsqu'ils surviennent sur un terrain taré, à lourde hérédité psychopathique ou alcoolique. Ils se rapprochent alors davantage de ceux qu'on trouve chez les pervers instinctifs.

3°) L'E. E. aggrave les tendances perverses constitutionnelles préexistantes (HEUYER et Mlle BADONNEL).

2° Quant à la cause même et au mécanisme intime des troubles du comportement chez les enfants encéphalitiques, ils ont été, eux aussi, diversement interprétés.

La plupart des auteurs pensent que le trouble fondamental consiste en un affaiblissement de la volonté, un défaut de « frein » d' « inhibition », de « contrôle » qui, joints au manque de sens critique déterminent les perturbations de l'humeur et du sens moral, et créent la tendance aux actes instinctifs normalement réfrénés : « C'est par la défaillance de quelque activité directrice, régulatrice et inhibitrice que se produit cette évasion des automatismes inférieurs... de la même façon que se libère d'une influence frénatrice normale la fonction motrice hypertonique qui détermine le parkinsonisme » (TINEL). Cet épuisement de la volonté résulterait lui-même de l'engourdissement mental, de l'état bradyphrénique (NAVILLE) qui entraînerait une « paralysie des automatismes mentaux », « surtout un ralentissement des opérations intellectuelles exigeant de la réflexion... et du pouvoir de manifester le résultat de ces opérations en ordres de mouvements. » D'où apparition trop tardive des représentations inhibitrices.

« Tandis que chez l'individu normal l'idée de l'acte évoque immédiatement les idées réductrices qui la refoulent, chez le malade, — condamné à vouloir sa pensée — (HESNARD), elle trouve le champ libre... Cette confrontation se fait tardivement lorsque l'acte est accompli, livrant le sujet au remords le plus vif. » (DUPOUY et ABELY).

Les tentations — impulsions qui surviennent sur ce fond d'inertie psychique ont été comparées par certains auteurs à la « Kinésie paradoxale » des parkinsoniens.

Elles seraient des « réponses immédiates à des états affectifs soudains et forts, irritation, désir, émotion, qui ne correspondent en aucune façon à une solution des difficultés rencontrées, mais à la dérivation de l'effort et au recours direct à des actions d'un niveau très inférieur, adaptées seulement à certaines conditions partiel-

les et immédiates de la situation, plus ou moins automatiques » (LE GUILLANT).

Pour d'autres, le psychisme des encéphalitiques serait caractérisé par un « éréthisme émotionnel » maladif d'où naissent les impulsions (WIMMER). « Le rôle de l'E. E. a été de déterminer un état nouveau d'excitation psychique spéciale agissant pour son propre compte... cet état est avant tout un état d'hyperthymie, de dysthymie... état d'excitation globale de l'humeur, de la sensibilité au sens psychologique du mot » (REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN). Pour ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON, le fait essentiel serait une puérilité affective qui ramènerait le malade au stade mental d'un enfant plus jeune (impulsivité bénigne, taquinerie, idées vagues sur la propriété, instabilité d'humeur, tendance à embrasser).

De la même façon, on a pu interpréter les cas d'homosexualité comme le retour au stade infantile de la sexualité indifférenciée. (SCHIFF et TRELLES, PETIT).

3° Quoi qu'il en soit des théories qui tentent d'élucider le mécanisme intime du comportement de ces malades, le maximum des *lésions anatomiques* — dont nous ne pouvons donner ici la description détaillée — siège classiquement au niveau du mésocéphale et du tronc cérébral, dont les formations nerveuses commandent les fonctions de la vie végétative par leurs connexions avec les glandes endocrines et le cortex. « Il existe à la base du cerveau des centres régulateurs du psychisme qui, touchés par le virus de l'E. E. déterminent les variations d'activité et d'humeur souvent observées chez les encéphalitiques » (CAMUS). Mais, en outre, le virus peut atteindre tous les étages, toutes les régions du système nerveux, — région corticale, surtout frontale (BERGAMINI, centre des instincts de Ceni), pariétale et paracentrale, — et région sous-corticale.

L'infection semble souvent débiter par la base, puis envahir le cortex. D'après COLLIN, l'envahissement de la base détermine la somnolence, les troubles oculaires, les troubles parkinsoniens, auxquels il faut ajouter certains troubles de la nutrition (obésité) et glandulaires (puberté précoce, macrogénitosomie par lésions infundibulaires); l'atteinte du cortex se traduit par la prédominance des phénomènes d'excitation. ACHARD a souligné le caractère « serpigneux » des lésions encéphalitiques. LAIGNEL-LAVASTINE a insisté sur l'atteinte du système neuro-végétatif.

Au total, une chose est certaine: ainsi que le souligne notre maître HEUYER, les perversions encéphalitiques ne relèvent nullement d'un mécanisme psychogénétique, mais sont de nature purement organiques. Elles font apparaître le symptôme psychique d'un processus organique en évolution. Elles ont fait entrer les troubles du caractère dans la pathologie évolutive et « commencé à combler le fossé entre l'à-priori constitutionnel statique, qu'on considérerait trop comme étant le tout du caractère, et les variations qu'y peuvent apporter les infections et les intoxications » (LAIGNEL-LAVASTINE).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT. — MESURES A PRENDRE

Il est logique d'admettre que les encéphalitiques, atteints par un processus pathologique chronique coupé de réveils évolutifs, sont justiciables d'un traitement prolongé systématique. Malheureusement, si certains médicaments peuvent améliorer les manifestations pénibles d'ordre neurologique, ils n'ont sur les troubles mentaux aucune action directe appréciable. L'hyosciamine, la scopolamine, la belladone, le datura stramonium apportent un soulagement partiel aux encéphalitiques parkinsoniens, mais ne modifient en rien leur état psychique réactionnel.

L'administration périodique d'anti-infectieux généraux, uroformine, salicylate de soude, soit per os, soit mieux en injections I. V. n'a jamais donné de résultats probants.

ABELY emploie l'uroformine sous-cutanée à haute dose (4 à 6 gr. par jour). L'iodure de sodium en injections I. V. aurait donné des améliorations à H.-R. CASTRE (New-York).

Au cours des poussées évolutives de la maladie, il sera parfois légitime de recourir à l'abcès de fixation ou aux métaux colloïdaux. Les calmants généraux (gardénal, bromures) rendront quelques services dans les pha-

ses de grande agitation psycho-motrice. En réalité, la thérapeutique médicamenteuse n'a jamais d'action réelle sur l'évolution même des troubles du caractère. Ces malades posent en fait un problème particulier d'ordre social et médico-légal qui consiste d'une part à les empêcher de nuire, d'autre part à les éduquer et à les utiliser dans toute la mesure du possible.

Ne pouvant plus être gardés dans leur famille ni à l'école, les jeunes encéphalitiques ne peuvent pas non plus être mis à l'hôpital ou dans un patronage d'enfants délinquants où ils sont une cause permanente de trouble et de scandale.

Ils sont souvent amenés au tribunal. Mais ce sont des malades, et, pour eux, toute punition est à la fois vaine et injuste. Même lorsque leurs actes semblent prémédités et assez habilement exécutés, ils sont victimes d'une tentation-impulsion incoercible qu'aucune menace de blâme ou de sanction ne peut réfréner. Après avoir purgé leur peine, ils récidivent inévitablement. C'est ainsi que les condamnations pour vagabondage, vols, attentats à la pudeur peuvent se multiplier avant que le diagnostic d'état encéphalitique ne soit posé.

Cette inintimidabilité apparente les encéphalitiques aux pervers instinctifs constitutionnels. Mais tandis que le code tient ces derniers pour responsables de leurs actes, il considère les premiers comme des « aliénés » irresponsables au sens médico-légal du mot. Le diagnostic d'état post-encéphalitique chez un délinquant récidiviste met donc un terme aux sanctions mais, en même temps, il inaugure presque toujours le régime des internements en série.

Dans l'état actuel de la thérapeutique, *l'internement* est en effet, pour beaucoup de ces sujets, la seule solution possible. Les avantages d'une telle mesure sont innombrables: elle met les malades insociables dans l'impossi-

bilité de nuire. En retour, elle les protège dans certains cas contre les sévices d'un entourage hostile et incompréhensif. De plus l'isolement sous surveillance médicale et la suppression des multiples tentations qu'offre l'existence normale déterminent une sédation relative de leur excitabilité psycho-motrice. Si les tendances anti-sociales ou perverses continuent à se manifester dans le champ restreint de la vie asilaire, l'état mental paraît généralement amélioré après quelques mois de séjour.

Il apparaît néanmoins que l'internement des enfants atteints d'une encéphalite comporte, à côté d'avantages certains, de très graves inconvénients.

Les parents répugnent toujours à une mesure qui assimile leur enfant à un véritable aliéné. Les malades eux-mêmes, parfaitement lucides, ressentent bientôt profondément l'injustice de leur condition et ne peuvent se résigner à vivre au milieu des « fous » ; leurs lettres ne sont souvent qu'un long cri de révolté. Ils parviennent aisément à apitoyer leur famille ; à chaque visite, celle-ci constate une amélioration apparente de l'état mental et subit l'assaut des serments et des supplications. Elle finit par se laisser convaincre et multiplie dès lors les demandes de sortie jusqu'au moment où elle obtient satisfaction. Mais l'expérience démontre à nouveau l'incapacité du sujet à mener une existence normale ; tôt ou tard ses écarts de conduite le ramèneront à l'asile, soit par placement volontaire soit par internement d'office, et le cycle recommence. Ainsi la défense sociale reste mal assurée par une mesure que l'on ne peut sans injustice prolonger indéfiniment.

L'internement ne résoud pas d'avantage le problème de l'utilisation de ces malades. Ceux-ci ne peuvent recevoir à l'asile l'éducation qui convient à leur âge scolaire ; plus tard, il y vivent dans l'oisiveté ou ne sont qu'insuffisamment occupés. N'y a-t-il donc d'autre alter-

native, pour ces « invalides moraux », que la prison ou l'asile ?

A défaut de thérapeutique curative, il serait possible selon nous, d'étudier et de créer pour eux des conditions d'existence mieux adaptées à leur nouvel état psychopathologique. Dès 1923, CLAUDE, EUZIERE avaient demandé que fussent créés des services spéciaux d'hospitalisation.

A maintes reprises, et notamment en 1925, dans un vœu soumis à la Société de Psychiatrie et approuvé à l'unanimité, notre maître HEUYER a préconisé une semblable mesure et en a exposé les principes généraux.

Il est intéressant de connaître ce qui a été fait à l'étranger dans cet ordre d'idées, notamment en Amérique. L'école Franklin à Philadelphie est spécialement réservée aux enfants encéphalitiques qui y sont adressés de tous les Etats. Rien ne manque à cette institution, largement subventionnée, comme beaucoup d'autres aux U. S. A., par de très importants dons privés: musée, laboratoire de chimie, d'anatomie-pathologique, installation chirurgicale, gymnase, physiothérapie, rayons U. V., hydrothérapie. Les malades agités sont séparés des autres dans des locaux spécialement aménagés.

Tous reçoivent une éducation adaptée à leurs possibilités. « Du matin au soir, nous conte notre maître HEUYER qui a visité l'école en 1930, les enfants sont toujours occupés, sans une minute de répit, à des jeux ou travaux divers, car leur instabilité ne permettrait pas de les fixer longtemps à la même occupation. » La coéducation mixte malgré ses dangers évidents est rendue possible par cette activité de tous les instants qui fait succéder à un rythme rapide exercices scolaires, gymnastique, travaux manuels les plus divers, les filles faisant une chose pendant que les garçons en font une autre. Après l'école, les enfants sont embrigadés dans des équipes de

scouts. Le traitement médical lui-même n'est pas négligé.

Dans ces conditions, il semble qu'il y ait une possibilité d'éducation pour ces enfants. E. BOND et L.-H. SMITH ont fait connaître en 1935 les résultats obtenus après dix ans d'application de cette méthode qui met tout en œuvre, « de la diététique au travail et à la rééducation psychothérapique. »

Dans les cas simples la proportion de récupération sociale est considérable. Pour les autres, les résultats sont seulement moyens ou franchement mauvais: ces formes rebelles sont liées à une évolution tenace du processus infectieux, attesté par l'éclosion de syndromes neurologiques, parkinsonien notamment, ou à de mauvaises conditions héréditaires: alcoolisme ou délinquance familiale habituelle.

Il n'est pas douteux que l'organisation dans notre pays, où rien n'a été tenté dans ce sens, d'un centre destiné aux encéphalitiques, s'inspirerait utilement d'une semblable expérience. C'est, en tous cas, la création d'un service spécial qui conditionne toutes les améliorations susceptibles d'être apportées au sort de ces malades. C'est elle qui, aux heureux effets déjà notés d'un isolement relatif et aux possibilités thérapeutiques offertes par l'hospitalisation, permettrait d'ajouter le bénéfice d'une éducation spécialisée. A ce point de vue, les méthodes de la Franklin-School peuvent servir de modèle; elles sont parfaitement adaptées à l'extrême instabilité de ces enfants. Lorsque ces derniers grandissent, deviennent des adolescents puis des adultes, le même problème se pose toujours: il s'agit de leur proposer des occupations assez courtes et variées pour que leur humeur instable puisse s'en accommoder. Cela suppose une organisation de travail minutieusement étudiée, mais les avantages qui en résulteraient sont doubles: non seulement,

comme l'a prouvé l'expérience américaine, l'état mental des malades s'en trouverait favorablement influencé, mais encore le problème de leur utilisation serait partiellement résolu. Ce dernier aspect de la question n'est pas négligeable dans notre pays où presque toutes les charges de l'assistance médicale et sociale incombent à la collectivité.

En supposant réalisées les conditions matérielles indispensables, l'utilisation et la coordination des activités de chacun permettraient peut-être la création d'une colonie artisanale et rurale qui subviendrait, au moins partiellement, à ses besoins.

Il va de soi que le but essentiel d'une telle institution resterait la rééducation et, si possible, la récupération sociale des malades. Dans ce sens, si décevants qu'en soient les résultats, aucune ressource thérapeutique, physiothérapique, psychothérapique ne doit être négligée. Mais les indications varient selon les sujets qu'il s'agit de répartir par catégories d'après l'âge et le type mental, encadrées par un personnel nombreux et averti. VERMEY-LEN, dans un rapport récent consacré à cette question, admet que l'infantilisme de l'affectivité et de la conduite sont des traits propres au type excito-moteur ou turbulent. Il faut alors « reprendre les moyens éducatifs habituels de l'âge caractérologique auquel l'enfant est revenu », rééducation à caractère individuel dont les effets seraient réels.

Au type épileptoïde ou impulsif conviendrait « une discipline de groupe nuancée... faisant appel à la collaboration du sujet, utilisant les bonnes périodes pour établir les liens affectifs et moraux qui pourront jouer lors des périodes d'impulsivité morbide... »

Enfin au type pervers avec malignité, ne peut s'appliquer qu'« une discipline de groupe très stricte et inflexible, faite surtout d'une surveillance très active et

sans défaillance. » « A la longue, l'habitude purement formelle ainsi créée, l'influence d'une intelligence qui mûrit et peut rempacer, dans une certaine mesure, le manque de sens moral, les liens sociaux qui s'affermissent, pourront, peut-être, dans une mesure toujours précaire, freiner les tendances perverses. » Ces considérations, si prudentes soient-elles, peuvent paraître encore trop optimistes.

Il est en tout cas certain que le séjour dans un institut de rééducation serait beaucoup mieux accepté par les malades eux-mêmes et par leur famille que l'internement à l'asile. Ce séjour pourrait alors être prolongé, sans inconvénients ni injustice, aussi longtemps que l'exige une stricte prophylaxie sociale.

En revanche, rien ne s'opposerait à ce que certains malades bénéficient de quelques permissions de courte durée. Des essais de sortie plus prolongée pourraient même être tentés dans les cas très favorables, sous le couvert d'une surveillance médicale effective et d'une assistance sociale qui veillerait à faciliter par tous les moyens la réadaptation au milieu extérieur. Ainsi les encéphalitiques, malades déséquilibrés mais lucides, bénéficieraient d'un mode de placement et de tutelle qui, sans les obliger à vivre en compagnie d'aliénés, donnerait à chacun le maximum de chances de réadaptation sociale, permettrait de les utiliser dans la mesure de leurs possibilités, et d'assurer une défense sociale efficace.

Sur un plan plus général, les idées modernes de prophylaxie criminelle tendent à adapter la législation pénale au délinquant plutôt qu'au délit, après étude psycho-anthropologique du condamné.

Plusieurs pays, notamment la Belgique, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Italie ont réformé leur code dans ce sens. Ils ont rejeté la formule de la responsabilité atténuée pour les délinquants mentalement anormaux, formule

qui entraîne les circonstances atténuantes et une courte peine suivie de récidive inévitable. Par contre, le sujet devient « l'objet de mesures thérapeutiques et éducatives qui ne prennent fin que lorsque son état est jugé suffisamment amélioré pour lui permettre de rentrer dans la société. » C'est le principe de la « sentence indéterminée », grâce auquel la société, qui se défend plus efficacement, et le délinquant, qui peut espérer être reclassé dans la collectivité, trouvent chacun leur avantage.

En France, et jusqu'à la veille de la guerre de 1939 (proposition de loi LISBONNE et CAMBOULIVES) de nombreux projets de réforme de notre système pénitentiaire ont été élaborés, mais ils n'ont encore abouti à aucune réalisation.

Dans le cadre d'une telle réforme, il serait souhaitable que fût envisagée la création de services sociaux de rééducation pour les enfants encéphalitiques.

L'évolution chronique, et, dans les conditions présentes, incurable des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant, fait que le problème posé par cette catégorie de malades reste toujours d'actualité; d'autant plus que les cas sporadiques, souvent à symptomatologie fruste, sont peut-être plus fréquents qu'il n'est classique de l'admettre et générateurs des mêmes désordres.

En outre, les encéphalites aiguës secondaires aux maladies infectieuses de l'enfance déterminent des troubles du caractère comparables à ceux de l'E. E. et justiciables des mêmes mesures. Enfin, ne doit-on pas craindre que, tôt ou tard, n'éclatent de nouvelles épidémies de la maladie de CRUCHET et VON ECONOMO ?

La connaissance aujourd'hui bien établie de l'avenir mental des sujets atteints dans l'enfance devrait alors imposer, si elle n'est déjà réalisée, la seule solution satisfaisante au problème médico-social posé par l'« invalidité morale post-névritique ».

OBSERVATIONS

OBS. 1. — *Encéphalite à six ans. Débilité intellectuelle. Troubles du caractère: instabilité, impulsivité, irritabilité, grossièretés, agressivité. Erotisme. Troubles du sommeil. Tentative de suicide. Apparition à l'adolescence d'idées hypochondriaques, obsessionnelles et délirantes. Signes neurologiques discrets. Obésité. Sept internements.*

Raymonde F., est née en 1917, à terme, de parents bien portants. A la naissance l'enfant a crié tout de suite. Jusqu'à six ans, son développement neuro-psychique a été absolument normal. Elle n'a pas eu de convulsions.

A six ans, elle a présenté pendant plusieurs mois des somnolences invincibles qui la prenaient n'importe où: à l'école, dans la rue, (« tombait dans le fossé comme une masse ») et des troubles oculaires sans diplopie vraie. Ces symptômes, compte tenu de l'évolution ultérieure, permettent de poser avec certitude le diagnostic d'encéphalite. A sept ans, elle a été mise à l'école, mais on l'a renvoyée quatre fois à cause des troubles graves de son caractère. Examinée pour la première fois à la clinique de neuro-psychiatrie infantile en novembre 1927 à l'âge de dix ans, elle a huit ans de niveau mental et un retard scolaire entier, ne sachant ni lire ni écrire.

Depuis que les crises de somnolence ont cessé, Raymonde a des insomnies nocturnes; elle se relève quelquefois pour manger. Les troubles du caractère apparus depuis l'E., sont à type d'instabilité, d'impulsivité, d'espièglerie, de turbulence. L'enfant est co-

lèreuse, volontaire, répond grossièrement, Elle n'est pas menteuse mais gourmande et un peu voleuse à la maison. Elle n'a pas fait de fugues. Elle est d'ailleurs gentille avec les siens pendant certaines périodes. Elle aime bien ses frères et sœurs; néanmoins, elle les frappe parfois de façon impulsive.

Elle se masturbe fréquemment, se frotte avec des bouts de bois et recherche volontiers les filles plus âgées qu'elle. Lors de cette première consultation, elle est examinée à fin d'expertise par le Docteur HEUYER pour plaies de la région anale et génitale consécutive à une tentative de viol dont l'enfant aurait été victime un an auparavant.

Les conclusions du rapport médico-légal sont les suivantes:

1°) Plaies, érythème, écoulement séro-purulent blennorragique. (B. W.: 0. Pas de bacille de Ducrey mais gono ++) de la région ano-vaginale.

2°) Probabilité de tentative de viol rectal chez une enfant perverse qui n'ignorait pas la nature des invites dont elle était l'objet.

3°) Troubles du caractère et perversions post-E. pour lesquels elle doit être surveillée continuellement et séparée des autres enfants. Difficulté d'une solution satisfaisante: internement en cas d'aggravation ou de récurrence. La famille présentant des garanties de surveillance suffisantes, l'enfant lui est laissée, et, pendant plusieurs années Raymonde est amenée périodiquement à la consultation. En juillet 1928, les troubles du caractère persistent sans amélioration. Un traitement endocrinien est prescrit sur la constatation d'un métabolisme basal abaissé à — 11 %.

En janvier 1930, les troubles se sont encore accentués. La malade est très agitée en fin d'après-midi, dort très mal la nuit avec des cauchemars, et somnole dans la journée. En mars 1931, on note en outre quelques signes neurologiques: un aspect figé, un peu courbé, une diminution des mouvements automatiques dans la marche, une insuffisance de la convergence avec diplopie dans le regard de près, tremblement lingual, digital et palpébral, hyper-

réflectivité tendineuse aux membres supérieurs. « La situation par moments est intenable, écrit le père; il est impossible de prévoir ce qui peut arriver... il y a des moments où on ne peut en venir à bout... »

En février 1932 (15 ans), la vie familiale est devenue impossible. R... a donné un coup de couteau à sa grand'mère, bat ses frères, leur tire les cheveux, martyrise les animaux, fait des fugues à répétitions. La tendance érotique s'est exagérée. Il persiste une rectite hémorragique et douloureuse et une vaginite avec leucorrhée abondante. Le Docteur HEUYER rédige un certificat d'internement et Raymonde est admise à Sainte-Anne.

Elle en sort quelques mois plus tard « légèrement améliorée ». Désormais, l'histoire de la malade ne sera plus qu'une succession de réinternements séparés par des périodes de plus en plus courtes de vie hors de l'asile. Les parents ne pouvant se résigner à voir leur fille définitivement internée, illusionnés par l'amélioration réelle que l'isolement détermine dans le caractère et le comportement de la malade, émus enfin par les supplications et les serments de celle-ci finissent par obtenir sa sortie. Mais aussitôt remise en liberté, Raymonde recommence de plus belle: écarts de conduite, actes anti-sociaux, manifestations perverses se multiplient, obligeant la famille à s'en séparer de nouveau.

C'est ainsi qu'en avril 1934 (17 ans), tous les troubles du caractère persistent ou s'aggravent. Raymonde ne parle que de se marier. Elle est de nouveau méchante. De plus, des préoccupations hypochondriaques sont apparues (« elle a un boyau cassé »... « des raies dans la gorge ») avec tendance obsessionnelle: lavage des mains pendant deux heures. Son niveau mental est inférieur à dix ans.

Les pupilles sont irrégulières et inégales. Il y a paralysie de la convergence.

L'enfant est obèse et mal réglée.

Ses parents voudraient la placer, mais pas à l'asile. En décembre 1934, elle saute de la fenêtre du premier étage et se casse une

jambe. Dès qu'elle peut recommencer à marcher, les incidents se multiplient et la famille, redoutant un malheur à tout instant, finit par accepter l'hospitalisation à Maison-Blanche, en juillet 1935. La P. L. faite à ce moment, montre un L. C. R. normal. Quelques jours plus tard, « je ne suis pas folle, pourquoi m'as-tu mise aux fous ? » dit-elle à son père; et celui-ci écrit déjà: « Il nous faut beaucoup de fermeté pour ne pas lui céder, car elle ne demande qu'à rentrer... »

Le 9 septembre, une nouvelle lettre traduit l'indécision des parents. « Elle n'est plus la même. Elle est devenue douce et surtout calme... Elle fait des serments de conduite exemplaire. » Dès le 16, c'est en effet la demande de sortie, qui se répète ensuite de plus en plus pressante. Raymonde sort le 1^{er} octobre. Le 23 du même mois, nous recevons des parents une lettre dont le ton révèle l'inquiétude: « Jusqu'à présent, il n'y a pas trop à se plaindre... On arrive encore, pour le moment, à la calmer... »

Le 11 novembre 1936, la famille demande le réinternement. L'état de la malade est sans changement. Les idées hypocondriaques ont pris une forme délirante: « une bête la ronge et la mord à l'intérieur du corps. » Raymonde rentre à Maison-Blanche. Sa sortie, demandée par le père est accordée le 10 juin 1937.

En octobre de la même année, réinternement à Maison-Blanche par placement volontaire. A l'asile, troubles coléreux violents; elle mord une infirmière. Elle sort, néanmoins, le 26 juin 1938, sur la demande formelle des parents. Le 21 juillet suivant, nouveau placement volontaire. Outre une arriération profonde, à la limite de l'imbécillité, la malade présente des idées délirantes polymorphes, incohérentes: elle est la Vierge, on lui a pris la baguette de l'Enfant-Roi. Elle est ensorcelée par la fille de Tino Rossi...

De Maison-Blanche, elle est transférée à Villejuif d'où elle sort le 18 mai 1939.

Enfin, le 4 février 1940, elle est réinternée pour la septième fois par placement volontaire. Elle a 23 ans. Il existe maintenant, chez elle, de vagues idées de persécution. Combien de nouveaux

épisodes l'avenir ajoutera-t-il à l'histoire déjà longue de Raymond ?...

OBS. 2. — *E. E. à 15 ans. Troubles du caractère instabilité, irritabilité, brutalités. Perversions: mythomanie, vols stéréotypés, érotisme. Phases de dépression, tentatives de suicide. Ethéro-manie et morphinomanie. Syndrome parkinsonien tardif. Troubles oculaires. Cinq internements.*

Odile F... est née le 20 juillet 1904. Sa famille habite une province éloignée, et nous ne possédons que des renseignements très incomplets sur ses antécédents familiaux et personnels.

Nous savons que dans l'enfance elle a eu « des crises nerveuses au cours desquelles elle tremblait, claquait des dents, puis pleurait. » Elle est allée à l'école jusqu'à 15 ans sans obtenir le C. E.

En 1919, à l'âge de 15 ans, elle a fait une « fièvre cérébrale pendant laquelle elle est restée somnolente des journées entières. Depuis cette époque elle n'a plus été normale. »

Elle arrive à Paris en avril 1921. Elle fait différentes places d'où elle est renvoyée chaque fois à cause de son état mental: brutalités, vols, tentatives de suicide; « Elle chantait à tue-tête l'après-midi sur le balcon », raconte une des personnes qui l'avaient eue à leur service. On la fait examiner à la Salpêtrière où le Docteur CAMUS conclut à l'internement et l'adresse à l'Infirmerie Spéciale. Certificat du Docteur LOGRE:

« Débilité mentale, instruction rudimentaire. Faiblesse du jugement. Conscience imparfaite de la portée de ses actes. Troubles du caractère et perversions instinctives. Colère, violences, indocilité, érotisme, mythomanie, vols. Nécessité de surveillance et d'assistance. »

D'abord internée à Maison-Blanche, elle est ensuite transférée à l'asile de Privas.

Elle revient à Paris en 1923 et y travaille comme infirmière.

Nous perdons sa trace jusqu'en 1927. Cette année-là elle est condamnée à un mois de prison avec sursis pour vol. En 1928, elle est inculpée de vol de chemises et chapeaux dans les grands magasins.

Extraits du rapport médico-légal du Docteur TRUELLE :

« Bonne santé physique apparente, sans autre lésion cliniquement constatable des principaux viscères qu'un peu d'hypertrophie cardiaque, sans symptômes d'une affection du système nerveux. Psychiquement lucide, consciente, ni confuse, ni délirante, pas de signes d'une maladie mentale en évolution.

Par contre, puérilité, pauvreté de jugement, déséquilibre. Mobilité d'humeur ; manifeste chagrin, regrets, honte de son acte se lamentant dans les mêmes termes incessamment répétés.

Elle reconnaît absorber, rarement, de l'éther et se faire des injections de morphine.

Avoue des crises de tristesse et plusieurs tentatives de suicide.

Au sujet du vol, « ne sait pourquoi elle a fait cela. »

Des explications de la malade concernant son attaque d'E. E. et de l'absence de séquelles nerveuses, le Docteur TRUELLE conclut à la probabilité d'un épisode de narcolepsie hystérique. « Responsabilité atténuée », telle est la conclusion du rapport.

Quelques mois plus tard, en janvier 1929, elle est vue un jour allant de porte en porte, l'air anxieux, et traversant la rue pour se jeter sous un taxi. Elle est conduite à l'Infirmierie Spéciale où le Docteur HEUYER l'examine. Elle est redevenue lucide.

Certificat du 30 janvier :

« Déséquilibre psychique. Instabilité. Mythomanie. Dissimulation. Mise en scène. Phase de dépression avec anxiété. Idées de suicide (plusieurs tentatives, dont une par submersion). Depuis août 1927, trois condamnations pour vol... Subanxiété par intervalles. Liaison homosexuelle. Avatars multiples. Episode encéphalitique il y a quatre ans. Somnolence prolongée. Actuellement aucun signe neurologique sauf irrégularité pupillaire et abolition du réflexe à l'accommodation. A montré qu'elle ne pouvait vivre

en liberté sans surveillance (réactions impulsives répétées). Probabilité de troubles post-encéphalitiques dont la première atteinte remonterait à l'âge de 12 ans. (?) »

Odile entre à Sainte-Anne, mais c'est pour peu de temps. L'hôtelier chez qui elle logeait, ainsi que son amie Germaine, viennent témoigner qu'à aucun moment elle n'a paru donner des signes d'aliénation mentale.

Le Docteur SCHIFF rédige un certificat de sortie: « ... état incompatible avec un internement définitif », et, le 4 mai, la malade sort de l'asile.

Elle mène une existence agitée, fait à son amie de fréquentes scènes de jalousie. Le 8 novembre 1934, elle fait du scandale dans la rue, sous les fenêtres d'un ministre habitant l'Hôtel de Paris, lui criant des menaces. Conduite à l'Infirmérie Spéciale.

Le Docteur HEUYER qui la réexamine, insiste sur « la mythomanie, les mensonges. Probabilité d'un appoint toxique qui a déterminé le scandale. Promesse de bonne conduite dont on ne peut tenir compte. Séquelles neurologiques d'encéphalite. Actuellement, tremblement fibrillaire de la langue. Troubles de l'accommodation. Hyperglycorrachie 0,79. Alb. 0,15. Pas de lymphocytose, 2,4 éléments, B. W. et benjoin négatifs. Peut être remise à des amis de la famille qui sont venus la réclamer. Réserve sur l'avenir mental. Reviendra sans doute. »

Le 4 janvier 1936, Odile fait une tentative (simulée ou sincère (?)) de suicide. Elle est vue à l'Infirmérie Spéciale par le Docteur MICHAUX dont l'avis confirme celui du Docteur HEUYER. L'intoxication par l'éther continue. La malade entre à Sainte-Anne. Le 20 janvier 1936, le Docteur RUBINOVITCH note: aspect un peu figé. Ebauche de roue dentée au membre supérieur gauche. Absence de balancement des bras à la marche. Convergence incomplète de l'œil gauche. Le 11 février, elle est transférée à Maison-Blanche. Mais la mère demande sa sortie avec insistance. Un certificat de l'asile conclut que « responsable des actes antisociaux qu'elle commet, elle peut être remise en liberté ». C'est ce qui a lieu en mars.

Le 26 avril, elle crie dans la rue, à des infirmières de Sainte-Anne, des insultes et des menaces de mort. Désormais, tels seront de sa part, les méfaits les plus habituels. Elle ne cesse de menacer ses voisins, les commerçants de son quartier qu'elle terrorise.

En février 1938, elle se brouille définitivement avec son amie Germaine à qui elle rend l'existence impossible. En 1938 et 1939 elle présente une vive excitation à prétexte politique, et se fait souvent appréhender pour manifestations sur la voie publique, lacération d'affiches, injures, menaces et gifles aux passants.

Ces incidents n'ont pas de suite car Odile ne paraît pas dangereuse. Cependant, les plaintes se multiplient (l'une d'elles va jusqu'au Président de la République...) et une enquête conclut à la nécessité d'une visite médicale. Odile est réintégrée à Sainte-Anne le 9 juin 1939. Sa mère demande à nouveau sa sortie.

Certificat de l'asile :

« Travaille assez régulièrement. Comportement normal. Regrette les faits qui ont motivé son internement et exprime le désir de mener une vie calme à l'avenir. On peut libérer Mlle F... à condition qu'elle change de quartier. »

Elle sort le 11 septembre, d'accord pour déménager, et rester chez sa mère provisoirement.

Mais cet engagement n'est pas tenu. Elle récidive et les plaintes reprennent de plus belle.

Elle est écrouée à Fresnes, le 30 avril 1940, pour vol (Louvre) (c'est sa sixième inculpation pour vols). Elle est adressée à l'Infirmerie Spéciale le 7 juillet. Outre les constatations faites précédemment on note des manifestations dépressives avec tendance hypocondriaques et persécutives. Se dit hypnotisée par les médecins et le directeur (simulation ?).

Elle est admise à Sainte-Anne le 8 juillet mais elle y présente des réactions bruyantes avec tentatives d'évasions, et est transférée à Villejuif (aliénés difficiles).

OBS. 3. — E. E. à 7 ans. Débilité mentale. Troubles du caractère: instabilité extrême, malignité taquine. Fugues. Vols. Troubles de sommeil. Deux internements. Syndrome parkinsonien tardif et progressif.

Raymond B... est né le 15 mai 1913, à terme, de parents bien portants. Il est né cyanosé et a dû être ranimé. Cependant, le premier développement a été normal. A 7 ans, il a fait une encéphalite avec somnolence, diplopie, mouvements choréïques, confusion mentale et onirisme. Puis il est resté trois mois sans dormir.

A partir de ce moment l'enfant n'a plus été le même. Il a été un très mauvais élève, faisant l'école buissonnière, se conduisant mal. Il a été à l'école jusqu'à 13 ans. Ses parents le présentent à la consultation du Docteur HEUYER en décembre 1926, à l'âge de 13 ans et demi.

C'est un grand débile dont le niveau mental atteint à peine 9 ans. Retard scolaire correspondant. Pendant les épreuves l'enfant montre une très mauvaise attention. Il est distrait et répond n'importe quoi.

De plus, il est turbulent, instable, remuant, désobéissant. Il aime taquiner les animaux, jouer des tours aux voisins, allumer du feu, casser et démolir. Il a commis de petits vols à la maison. Cependant ses méchancetés ne sont pas préméditées. D'ailleurs, son affectivité est conservée. Il ne veut pas faire de peine à ses parents, promet de ne plus recommencer, mais récidive aussitôt. Il a fait plusieurs places successives d'où il a été renvoyé au bout de quelques jours (désobéissance, paresse). Ni fugues ni perversions sexuelles.

Il présente encore des troubles du sommeil: il ne dort pas bien, remue sans cesse; très peureux, il se réveille souvent et voit des bandits partout. En revanche, somnolence diurne: « Il dormirait toute la journée si on le laissait au lit. »

L'examen neurologique est à ce moment presque entièrement

négalif: pas de troubles parkinsoniens si ce n'est un aspect un peu figé et guindé. Les réflexes sont un peu vifs. A noter que l'enfant a l'habitude de cracher beaucoup par terre dès qu'il est dehors, mais il ne le fait pas à la maison.

L'examen oculaire révèle: une insuffisance de convergence de l'œil droit, une irrégularité pupillaire $OD > OG$, des réflexes à la lumière normaux, — des réflexes à la convergence et à l'accommodation, faibles à gauche, abolis à droite, — de la diplopie dans le regard de près.

Raymond est mis en observation pendant quelques jours au patronage de l'enfance. Puis il est interné à Vaucluse avec un certificat du Docteur HEUYER: « ... instabilité extrême à type épileptoïde, malignité à l'égard de ses camarades et des animaux. Turbulence incessante. Vols. Bris d'objets... »

A l'asile, l'enfant se comporte assez bien, et bénéficie de plusieurs courtes permissions jusqu'en août 1928, date à laquelle il est rendu à sa mère, son état paraissant suffisamment amélioré.

Le 13 mars 1929, nouvelle demande de placement volontaire. Certificat du Dr COURTOIS: « Troubles de l'humeur, du caractère et du comportement social. Fugues. Vols. Instabilité... Parkinsonisme prédominant à droite. Tics. Salivation... Tremblement des extrémités. Réflexes tendineux vifs à gauche, masqués à droite par de l'hypertonie. Glycôrrachie 0,69.

Raymond est interné à Vaucluse le 20 mars et en ressort le 13 octobre de la même année.

Une lettre récente de sa mère à qui nous avons demandé de ses nouvelles nous apprend succinctement que Raymond « n'est pas exigeant pour un grand malade, qu'il est toujours couché avec réaction fébriles... » Nous pensons pouvoir en déduire que, chez ce malheureux garçon, les troubles du caractère sont passés au second plan, derrière un syndrome neurologique qui en fait un grabataire.

Obs. 4. — *Encéphalite à six ans. Gros retard scolaire. Brady-psychie. Troubles du caractère: instabilité, impulsivité, violences mythomanie. Vols. Erotisme. Conservation de l'affectivité. Syndrome parkinsonien. Internement.*

Marcel C... est né le 2 décembre 1918, à terme. Son père, mort à 49 ans de granulie, était alcoolique et de caractère emporté.

Sa mère est bien portante et n'a pas fait de f. c. Le premier développement de l'enfant a été tout à fait normal. Il a eu la rougeole, une pneumonie, puis à six ans, une encéphalite soignée par le Docteur TINEL. La période léthargique a duré onze jours. Pendant sa convalescence, il marchait très difficilement, avec un léger tremblement du bras gauche et tendance à porter le poids du corps à gauche. En même temps sont apparus quelques tics (souffler, fermer les yeux) qui persistent au moment où l'enfant, âgé de 14 ans et demi, est amené à la consultation du Docteur HEUYER. On l'a fait étudier jusqu'à 12 ans. Mais il a dû souvent changer d'école, renvoyé de partout pour ses troubles du caractère. Son niveau mental est un peu supérieur à dix ans. Le retard scolaire est presque entier: Il sait à peine lire. Très lent, distrait, bradypsychique, il n'a aucun goût pour l'étude. Avant son encéphalite, Marcel était un enfant très doux, de caractère facile.

Après la maladie le changement fut complet: désobéissant, répondeur, coléreux, batailleur, violent, (lancé des pierres), impulsif, mythomane, il commet de menus vols. En outre, impulsions sexuelles et onanisme. Il est cependant affectueux, complaisant, doux avec les animaux.

Ce qui domine c'est l'instabilité: incapable d'un travail suivi, — d'ailleurs maladroit — il n'a pas de suite dans les idées et ne peut rester dans ses places. Aussi sa mère demande-t-elle son placement.

A l'examen, on note un bon état physique, une puberté précoce.

Il existe un tremblement palpébral, un tremblement fibrillaire de la langue. Aspect un peu figé du visage. Roue dentée à gauche. Augmentation des réflexes de posture. Pas de perte de l'automatisme de la marche. Légère torsion du thorax vers la gauche. Les pupilles réagissent lentement à la lumière, pas du tout à l'accommodation. Il y a paralysie de la convergence et diplopie croisée.

Un certificat du Docteur HEUYER fait admettre l'enfant à l'asile de Vaucluse. Il y bénéficie de plusieurs congés, mais les troubles du caractère persistant et les symptômes neurologiques s'aggravant, il ne peut être question de le rendre à sa famille. Pendant un de ces congés, il a provoqué un incendie chez lui. Il commet de menus vols dont il se repend aussitôt. Les tendances érotiques se sont aggravées, avec manifestations impulsives. Il est raisonnable quelques temps, nous écrit sa mère, mais ça ne dure pas. Le syndrome parkinsonien existe maintenant, au grand complet.

Le malade a été transféré en février 1940 à l'asile d'Armentières où il se trouve actuellement. L'affectivité est chez lui remarquablement conservée: il écrit à sa mère des lettres où il exprime un grand chagrin de se trouver éloigné d'elle et de ne plus la revoir.

Obs. 5. — *Troubles du caractère à type hypomaniaque post-encéphalitiques. E. E. à neuf ans. Pas de perversions. Pas de débilité intellectuelle. Parkinson à évolution grave et progressive.*

André L... est né le 18 juillet 1914, à terme, de parents bien portants. Son premier développement a été normal. A dix-huit mois, rougeole et coqueluche compliquée de broncho-pneumonie.

A huit ans et demi, il a été soigné à Bretonneau pour E. E. La période de somnolence a duré six semaines.

Auparavant, c'était un enfant très calme. Mais un an après son encéphalite, des troubles du caractère sont apparus. Très in-

stable, il ne peut rester en place ni s'occuper longtemps au même travail. Il est très taquin, à l'égard des petits et des grands sans distinction. « Il ne veut pas faire le mal mais ne peut s'empêcher de faire ce dont il a envie sur le moment... » A l'école, il dérange les enfants et s'est fait souvent renvoyer. Il est très entêté, désobéissant, pris de colères subites. Dans la rue, il grimpe sur les voitures en marche. Il ment pour se défendre mais avoue facilement et n'est pas mythomane. Il est affectueux et ne manifeste aucune malignité dans ses actes. Pas de vols.

Tel est, en février 1928, le caractère de l'enfant, alors âgé de treize ans et demi, tel qu'il nous est dépeint à la première consultation où ses parents l'amènent.

Son niveau mental est de onze ans, mais l'attention est mauvaise et les réponses négligentes.

A l'examen, on note un tremblement diffus à type parkinsonien, un tremblement palpébral et lingual. Hypertonie discrète, aspect un peu figé. Il y a perte du balancement automatique des bras dans la marche. La voix est scandée et nasonnée. En outre, hémiparésie droite avec signe de Babinski de ce côté. L'examen oculaire est négatif. L'enfant dort bien.

André a été suivi à la clinique jusqu'en 1931. A cette époque, son caractère ne s'était pas modifié, mais les signes parkinsoniens s'étaient progressivement accentués. Nous nous sommes enquis auprès de la famille de son état actuel. Au point de vue du caractère « il est très doux », paraît-il, mais c'est maintenant, à l'âge de 27 ans, un grand infirme : « Il est presque complètement enkylosé et ne peut plus faire seul le moindre mouvement ; il mastique et avale très difficilement et on doit le faire manger, l'habiller... Il tremble très fortement et reste la plus grande partie du temps couché. Il ne parle pour ainsi dire pas, mais il comprend et a conservé une bonne mémoire. »

Obs. 6. — *Troubles du caractère post-E.: instabilité, taquineries. colères, mythomanie. Vols. Erotisme. Conservation de l'affectivité. Signes neurologiques minimes. Internement.*

Henri D... est né normalement, à terme, en septembre 1912. Son père, enfant naturel, a eu des convulsions dans l'enfance; il est très « nerveux ».

Sa mère est b. p., mais on relève de son côté une lourde hérédité tuberculeuse. Il a deux sœurs bien portantes.

Le premier développement de l'enfant a été retardé; première dent à neuf mois, marche à seize mois, premiers mots à deux ans. Il a eu la rougeole, la coqueluche, la scarlatine.

A neuf ans, encéphalite épidémique avec fièvre, grande agitation, puis léthargie, troubles oculaires. Avant cette maladie il était doux, affectueux, docile. « C'était une fille », dit sa mère. Depuis, il a complètement changé de caractère. C'est pourquoi, au mois de novembre 1927, il est présenté à la consultation du Docteur HEUYER. Il est âgé de quinze ans. Il a onze ans d'âge mental; on note surtout une très mauvaise attention.

Les troubles du caractère n'ont fait que s'aggraver depuis l'E.: il est taquin, importun, ennuie tout le monde. Il ne peut tenir en place, promettant toujours d'être sage, mais recommençant aussitôt. Il est entêté, coléreux, menteur, mythomane, hâbleur; mais il vient ensuite spontanément avouer ses mensonges. Il fait parfois preuve d'une certaine malignité, impulsive et intermittente à l'égard des animaux: il leur serre le cou, leur prend le museau dans la bouche.

Cependant, il est affectueux avec sa mère et ses sœurs. Il est suggestible et facile à entraîner. Poussé par des camarades, il vole, de préférence des jouets.

Il se ronge les ongles, mange ce qu'il retire de son nez et se masturbe intensément.

Il n'a pas fait de fugues.

Son instabilité lui vaut d'avoir fait six places en deux ans, après être resté très peu de temps dans chacune. (Il a été renvoyé de chez un médecin parce qu'il cherchait toujours à attirer la bonne).

Il avait considérablement grossi après son E., mais a remaigri depuis. Il dort encore beaucoup, avec accès de somnolence dans la journée.

On note à l'examen un léger tremblement palpébral, lingual et digital, et des réflexes de posture exagérés. Le réflexe pupillaire à l'accommodation est aboli et il y a diplopie dans la vision de près.

L'enfant est mis en observation au patronage de l'enfance puis interné, le 24 novembre 1927.

En décembre 1928, sa mère demande à le reprendre; le médecin de l'asile écrit au sujet du malade:

« Turbulence. Cherche à voler ses camarades. Incapable de vivre au dehors et de se plier à une discipline familiale, scolaire, ou professionnelle. »

En février 1931, Henri D. a été transféré à l'asile de Villejuif où il a été maintenu depuis malgré plusieurs demandes de mise en liberté. Sa mère va souvent le visiter et prétend qu'il est mieux; il n'a pas d'autres infirmités qu'un peu de tremblement.

L'affectivité reste remarquablement conservée, comme en témoignent les lettres qu'il écrit à sa famille. Les troubles du comportement persistent néanmoins, sous forme surtout de taquineries et d'impulsions sexuelles: homosexualité ou masturbation.

Obs. 7. — E. E. à douze ans. Troubles du caractère consécutifs: instabilité, fugues, impulsivité, agressivité, violences. Perversions: vols, érotisme, exhibitionisme. Trois tentatives de suicide. Séquelles neurologiques et oculaires, syndrome parkinsonien. Six internements successifs. Mort par ictus.

Robert K..., né le 12 juillet 1908, est amené le 21 juillet 1924 au commissariat de police par son père. Celui-ci raconte qu'à l'âge de 12 ans Robert a été soigné pendant trois mois aux Enfants-Malades pour une encéphalite épidémique. Il serait resté deux mois sans se réveiller. Depuis la maladie, l'enfant est devenu méchant et vicieux : désobéissance, paresse, vols, préoccupations sexuelles.

Il avait dû être interné à l'asile de Saint-André d'où il est sorti le 14 mai 1924. Mais il donne de nouveau des signes d'aliénation mentale : toujours prêt à frapper (les voisins témoignent qu'il menace et injurie ses parents) il prononce des paroles incohérentes, fait des fugues la nuit, a tenté de se suicider avec un rasoir. Il est exhibitionniste : sa principale manie est de se déculotter devant les femmes. Il vole aux étalages. Le père estime que l'état de son fils constitue un danger pour lui-même et pour son entourage, et demande son placement immédiat. Certificat du Docteur de CLERAMBAULT à l'Infirmerie Spéciale. « Troubles psychiques suite d'encéphalite léthargique. Irritabilité, perversions affectives, fugues nocturnes. Conscience relative de la maladie ; présentation amène. Vague persécution : regardé de travers, traité de fou par les passants. Impulsivité, violence, agressivité... querelles nombreuses. Masturbation. Elocution craintive et confuse, redites continuelles. P. : 72. R. O. C. : 66. »

Robert est interné à Sainte-Anne, transféré à Villejuif, puis à Ville-Evrard. Sur les certificats de quinzaine on lit chaque fois : « Irritabilité. Instabilité. Violences. A maintenir. » Cependant, en avril 1926, le père demande que son fils lui soit rendu à titre d'essai.

« Ne peut être rendu à son père et doit être maintenu. Ici a volé ses camarades. » (Docteur RODIER).

En avril 1927, nouvelle lettre du père :

« Mon fils pleure journellement en nous disant qu'il est avec des aliénés car il a sa lucidité d'esprit ; mais simplement il était nerveux et à présent, d'après ses dires, il travaille un peu tous les

jours et il nous promet à tous deux d'être bien tranquille et de travailler avec moi dans son métier de tôlier. »

Réponse: « Légère amélioration depuis l'entrée. Toutefois, doit être maintenu en traitement. » (18 avril Docteur RODIET). Le 12 février 1928, troisième lettre du père, demandant la sortie de son fils.

Docteur RODIET: « Notablement amélioré. Son père s'engage à le surveiller et le diriger. Dans ces conditions, la mise en liberté peut être ordonnée. » (16 février).

Robert sort le 27 février.

Il travaille, se comporte assez bien mais veut toujours se rapprocher des femmes et des fillettes.

Arrêté le 9 mars 1928 pour vol d'un sac à main au Bois de Boulogne, puis relâché.

Il est arrêté le 29 mai et transmis à l'Infirmerie Spéciale pour avoir tenté d'extorquer 2 francs à une femme dans la rue, et sur son refus, l'avoir fortement bousculée. Appréhendé, il semble apeuré, pleure, dit être fatigué, se plaint qu'il va tomber malade si on l'envoie en prison. Dans le certificat rédigé par le Docteur LOGRE, nous relevons: « Aspect figé. Parésie faciale gauche. Tremblement diffus. Strabisme par insuffisance de la convergence à droite. Sainte-Anne. Ville-Evrard. »

Le Docteur RODIET écrit le 1^{er} juin:

« Malade délinquant à répétition: susceptible d'organiser une révolte à l'intérieur de l'asile et de se suicider, de voler ses camarades, serait mieux à sa place dans un asile-prison et ne peut être maintenu qu'en attendant son transfert à Haerd. »

Robert est transféré à Villejuif.

Le Docteur GUIRAUD note en outre (3 juin):

Hémiatrophie faciale et linguale du côté droit. Exaspération des réflexes, hypertonie, bradykinésie relative, tremblement léger et généralisé. Pupilles inégales et irrégulières. Incapacité de se

livrer à un travail suivi. Transféré à Ville-Evrard (aliénés difficiles).

A une demande de sortie adressée par le père le 9 août 1930. Le Docteur RODIET répond : « Amélioré. Peut être confié à sa famille à condition que celle-ci s'engage à le surveiller ». Ces conditions paraissant réalisées, la sortie est autorisée. Robert ne reste pas longtemps en liberté : Le 29 octobre 1930, il se jette sur une jeune fille de 17 ans. Après l'avoir serrée au cou, il lui arrache son sac des mains et s'enfuit, laissant d'ailleurs tomber le sac dans sa fuite. Interrogé, il dit avoir voulu embrasser cette jeune fille et avoir pris son sac dans le but d'avoir de l'argent pour aller voir d'autres femmes. Il est conduit à l'Infirmérie Spéciale où il est examiné par le Docteur HEUYER qui écrit : « Troubles du caractère et perversions post-encéphaliques. Instabilité. Impulsivité au vol. Mensonges. Insociabilité... Secousses fibrillaires des muscles de la face. Strabisme. Abolition des réflexes à la lumière et à l'accommodation. »

Et le périple recommence :

Sainte-Anne — Ville-Evrard — Villejuif.

Le 20 décembre 1932, tentative de suicide avec des ciseaux, plaie de la région lombaire.

En février 1936, demandant sa sortie, il écrit : « Ici je suis dans un milieu qui ne me plaît pas beaucoup. On y cause toujours de baigne, prisons et autres, et j'ai un profond dégoût pour ces fous, assassins, escrocs, voleurs et autres. Le 3 mars 1936, une lettre du père demande un nouvel essai de mise en liberté sous sa responsabilité. (Il a été interné pour « peccadilles »...) ».

Sortie accordée le 25 mars 1936.

Mais quelques temps après il est réinterné volontaire à Sainte-Anne avec certificat médical à l'appui (Docteur DUPOUY). « Parkinson post-encéphalitique. Troubles permanents de l'humeur et du caractère. Impulsivité. Incapacité sociale. Mendicité. Erotisme. Recherche constamment à embrasser les petites filles. » Sainte-Anne puis Villejuif.

Sortie le 28 septembre 1938. « Amélioré. »

Le 23 juin 1939, il tente de se suicider avec un rasoir (blessure à l'oreille gauche et au bras gauche. Puis, il est conduit à l'Infirmerie Spéciale le 27 juillet pour avoir tenté d'embrasser une femme de force.

Le Docteur HEUYER le réexamine et note: « ...Roue dentée. Tremblement fibrillaire de la langue. Syndrome de Parinaud par intervalles. »

C'est la fin de la pitoyable et monotone aventure de notre malade. Ce sixième internement sera le dernier. Il meurt à Sainte-Anne à la suite d'un ictus le 2 août 1939. (31 ans).

Obs. 8. — *E. E. à cinq ans. Débilité mentale consécutive et troubles du caractère à type hypomaniacque. Vols impulsifs. Fugues. Mensonges. Troubles du sommeil. Signes oculaires. Trois internements. Mort par défenestration (suicide probable).*

Jeanne B..., est née normalement le 5 janvier 1918, à terme. Sa mère est bien portante, son père alcoolique. Elle a six frères et sœurs bien portants.

Nous avons peu de renseignements sur le premier développement de l'enfant. Mais nous savons qu'à l'âge de cinq ans elle a été soignée pour une E. E. par le Docteur APERT. La somnolence léthargique a duré quatre mois.

C'est en mai 1930, à l'âge de 12 ans et demi qu'elle est examinée pour la première fois à la clinique de neuro-psychiatrie infantile.

Son niveau mental est de neuf ans, son niveau scolaire plus bas encore: huit ans. Pendant les épreuves elle est distraite et ne peut fixer son attention.

Son caractère était normal, nous dit-on, avant l'encéphalite. Vers l'âge de sept ans, sont apparus des troubles graves et va-

riés: taquineries, colères, disputes. Elle vole chez les commerçants, n'importe quoi: des fruits, des légumes, des cuivres, de l'argent, un roulement à billes, une cage avec trois oiseaux, qu'elle distribue ensuite autour d'elle. Ces vols ont un caractère impulsif: elle dit qu'elle vole sans le faire exprès, et pleure quand on lui demande des détails.

Elle est menteuse, fait des fugues. Elle crache sur les gens par la fenêtre.

Pas de perversion sexuelle.

A d'autres moments, elle est affectueuse.

Ces troubles ont justifié un premier internement par placement volontaire à la fondation Vallée, puis Bicêtre, d'où elle est sortie améliorée après neuf mois de séjour, — puis un deuxième placement volontaire de février 1928 à juin 1929. A noter que l'enfant traverse des périodes de dépression et a déjà manifesté des idées de suicide.

Les troubles du sommeil sont importants. La nuit elle parle, crie, s'agite et fait du somnambulisme. Il existe en contre-partie de la somnolence diurne.

Le faciès est un peu atone, terne, figé, mais sans signes parkinsoniens. Il n'y a ni hypertonie, ni perte de l'automatisme de la marche.

Il existe un tremblement fibrillaire de la langue. L'enfant se gratte la tête avec une fréquence qui donne à ce geste le caractère d'un tic.

A l'examen oculaire: pupilles irrégulières, inégales. Réflexes photomoteurs normaux. Paralysie de la convergence de l'œil gauche. Nystagmus intermittent.

Tel était l'état de l'enfant en mai 1930. Elle fut ensuite suivie pendant un an à la consultation et traitée par le vaccin de Levaditi et l'uroformine. Malgré ce traitement, les troubles du caractère ne cessent de s'aggraver: vols à répétition, fugues, malignité (elle pique un jour son petit frère avec une épingle). Elle se bat avec les agents qui la ramènent chez elle, et leur crache à la

figure. Conflits incessants avec le voisinage. La famille demande le placement, et l'enfant est internée en avril 1931. Elle sort de l'asile sur la demande des parents et malgré avis médical le 31 juillet 1934. Le lendemain 1^{er} août, elle se jette dans la rue du deuxième étage et meurt des suites de cette chute. Le suicide est probable, étant donné les épisodes dépressifs antérieurs.

Obs. 9. — *E. E. à neuf ans. Troubles du caractère et perversions. Vols à répétition. Apparition tardive et progressive de signes neurologiques post-encéphalitiques. Internement.*

André E... est né le 17 avril 1912, à terme, de parents bien portants. Il est fils unique. Son premier développement a été normal. Il a eu la scarlatine et la rougeole. En 1921, à neuf ans, encéphalite épidémique: somnolence pendant quinze jours; on devait le réveiller pour le faire manger.

Depuis, il se montre turbulent, indiscipliné, de plus en plus difficile.

Le Docteur HEUYER le voit pour la première fois en octobre 1925 (13 ans et demi) et, après huit jours de mise en observation au patronage de l'enfance, le fait placer à la colonie de Vaucluse avec un certificat dans lequel nous relevons: « Troubles psychiques post-encéphalitiques... Phases d'agitation, de turbulence... Inintimidabilité. Vols à répétition dans la famille. Fugues (chute dans l'eau au cours d'une fugue, mise en marche d'une automobile). Pas d'affaiblissement intellectuel. Troubles de l'attention. Intelligence et préméditation dans le mécanisme des fugues et des vols. Pas de malignité ni d'inaffectivité. Atrophie testiculaire bilatérale. Pas de signes neurologiques sauf inégalité pupillaire et faiblesse des réflexes tendineux. Pl. négative. Tendances somnolentes persistantes. » Nous lisons dans son dossier à la même date: « Pronostic mauvais ».

Le 3 décembre 1926, le père demande à reprendre son fils. Le

Docteur SIMON, médecin de l'asile répond : « Conserve encore une assez grande turbulence. N'est pas capable d'un travail assidu. Sa sortie expose aux mêmes incidents qui ont motivé son placement. Elle ne pourrait donc lui être accordée que si ses parents présentent des garanties suffisantes de surveillance. »

La sortie est autorisée, après enquête, le 5 janvier 1927. André revient au Patronage de l'Enfance le 12 juillet 1927. Il a passé son C. E. Il a fait plusieurs places, d'où il a été renvoyé. Il est très agité par moments. On note à l'examen, outre l'inégalité pupillaire, un léger tremblement lingual et palpébral et un retard des signes de prépuberté.

On conseille une tentative de placement à la campagne dans l'horticulture.

Nous n'entendons plus reparler d'E... jusqu'en 1935, et cette fois c'est à propos d'une inculpation de tentative de vol d'automobile. En 1933, il a déjà été condamné deux fois pour vol, la première fois à trois mois avec sursis, la deuxième à six mois ferme.

Rapport médico-légal du Docteur TRUEILLE (16 mai 1935).
« Examen : Apparaît lucide et conscient de sa situation. Très suffisamment intelligent Pas de délire mais une certaine difficulté dans l'évocation des souvenirs, et de l'instabilité de l'attention. »

« Il ne voit plus son père depuis 1933. Sa mère a été assassinée par un amant. Après sa sortie de Vaucluse, a travaillé comme « lad » dans les écuries de courses. (Plusieurs changements).

« En 1933, étant sans travail, il vole dans une boutique une boîte dont il ignore le contenu ; il sut après son arrestation qu'elle contenait un sorbet : première condamnation. Pour la deuxième, il s'agit d'une montre qu'E... prétend ne pas avoir voulu voler. Pour l'inculpation actuelle, il prétend avoir voulu s'assurer que le levier de changement de vitesse de cette Citroën était différent de celui de la voiture sur laquelle il apprenait à conduire.

« Le prévenu sait avoir des bizarreries de caractère et de conduite : « Souvent, dit-il, quand je fais quelque chose, je ne me

rends compte qu'après de la portée de la chose; je la fais, et, brusquement, je vois que je suis dans un piège... Je me rends compte que je n'ai pas très bon caractère, quelquefois, je suis un peu rageur, sans être trop méchant. »

« Examen physique : « Petite taille, physionomie poupine, front bas, lèvre inférieure lippue, pilosité faciale insuffisante. Thorax étroit et déformé. Séquelles d'encéphalite: réflexe rotulien gauché plus vif que le droit; légère contracture de l'hémiface gauche, avec, de ce côté, secousses musculaires dans les mouvements forcés; occlusion des yeux faible. Tendance à la somnolence. »

« Discussion : ... Comme il arrive souvent quand elle apparaît chez des enfants et, surtout, chez des prédisposés comme lui, l'E. E. a laissé chez E... des séquelles psychiques à forme d'instabilité, d'impulsivité, et d'une sorte particulière de perversions que l'on pourrait qualifier d'épisodique. Du point de vue médico-légal, le problème est plus délicat. On se trouve, en effet, dans ces cas en présence de sujet qui, comme E... ont conservé leur lucidité, sont très suffisamment intelligent, dont les délinquances ou les travers de conduite, ont, comme le faisait remarquer le Docteur HEUYER, toutes les apparences de la lucidité et de la volonté délibérée.

« Et cependant, il est certain que leur perversité, cause de leur délinquance est, comme leurs autres troubles et anomalies psychiques, la conséquence d'un état maladif et d'une série de lésions cérébrales.

« Quoi qu'on fasse dans le sens d'une intimidation, ils récidivent, poussés maladivement. Il n'est donc pas légitime de leur imputer leurs écarts de conduite et de les rendre pénalement responsables. Or, d'autre part, ces sujets restent lucides et non déliants, en sorte qu'une mesure d'internement dans un asile d'aliénés peut paraître mal justifiée.

« Elle l'est cependant, à mon avis, dans l'espèce : d'abord parce qu'il est certain que, laissé en liberté et privé comme il l'est de toute direction et de tout secours familiaux, E... se livrera à de nouveaux actes antisociaux ou dangereux pour lui-même; ensuite parce que, dans l'état actuel de notre législation et de notre orga-

nisation médico-administrative, l'asile d'aliénés est le seul établissement où l'on puisse traiter, surveiller et maintenir de semblables malades.

Conclusions :

1°) E... présente un ensemble de troubles psychiques et d'anomalies du comportement qui sont la conséquence d'une E. E. de l'enfance. En particulier, ses travers de conduite, comme ses délinquances anciennes et actuelles sont la résultante de ces séquelles encéphalitiques.

2°) On est donc autorisé à dire que, dans les faits en cause, il a agi sous l'empire d'une force à laquelle il ne pouvait résister et que, par suite, sa responsabilité pénale est inexistante.

3°) Fatalement exposé à d'autres agissements antisociaux ou à des actions nuisibles à lui-même, le prévenu, faute d'autres établissements appropriés à son cas, doit être interné dans un asile d'aliénés. »

Admis à Vaucluse le 28 mars 1939, E... est transféré à Châlons-sur-Marne, le 30 juin suivant.

Le 12 juin 1940, il est signalé comme disparu au cours de l'évacuation de l'hôpital, et recherché en vain dans le département de la Seine. Depuis, il n'est toujours pas retrouvé.

Obs. 10. — *Diagnostic rétrospectif tardif d'E. E. Bradypsychie. Caractère impulsif et incoercible des délits; vols et attentats à la pudeur stéréotypés. Séquelles neurologiques discrètes. Internement.*

Henri C... est né en 1904 de parents inconnus. Il a été confié à l'Assistance Publique et ne sait rien de ses origines. Il a obtenu à 13 ans le C. E., puis a travaillé dans des fermes jusqu'à son régiment. Il a travaillé comme ouvrier agricole et valet de chambre. Marié en 1935, veuf en 1936, il n'a pas d'enfants.

Nous faisons sa connaissance en juillet 1939, date à laquelle il est arrêté pour outrage public à la pudeur. En réalité, ses antécédents judiciaires sont chargés : de 1929 à 1934, il a encouru cinq condamnations pour vol, et depuis 1935, trois condamnations pour outrages publics à la pudeur. A l'Infirmierie Spéciale du Dépôt, le Docteur MONTASSUT note, le 13 juillet : « Torpeur intellectuelle, gros ralentissement psycho-moteur, inversion du rythme somnique, avec petite agitation nocturne. » et rédige le 15 juillet le certificat suivant :

« Présomption de troubles mentaux liés à des accidents encéphaliques très probablement survenus il y a seize ans. Durée : un mois. Bradypsychie sur fond de débilité. Perversion sexuelle, apparemment incoercible. Reconnaît avoir été cinq ou six fois condamné pour outrages publics à la pudeur, toujours du même type : fréquente le bois de Boulogne le soir et se masturbe devant les passants. Etait à la Santé depuis huit jours. Aurait présenté une petite agitation nocturne et une torpeur intellectuelle habituelle. Traits du visage peu mobiles. Parole monocorde avec ébauche de tachyphémie. Salivation un peu excessive. Pupilles en myosis réagissant à la lumière et accommodation. Réflectivité normale. Hypertonie discrète des membres supérieurs. Tremblement de la langue.

Du rapport médico-légal du docteur GENIL-PERRIN, nous extrayons les passages suivants :

Examen : Se présente correctement, manifeste un certain ralentissement psychique, conserve une physionomie anormalement impassible, répond à nos questions de façon monotone. A vingt ans « congestion cérébrale » soignée au Mans, un mois d'hôpital. Il dormait souvent, même le jour ; parfois n'y voyait pas, mais n'aurait eu alors ni diplopie ni hoquet. Dit n'être ni buveur, ni syphilitique.

Discussion :

« Ce cas est assez nuancé. C... se présente tout à fait comme un homme atteint de légers reliquats d'E. E. et il est vraisemblable-

ble que l'affection nerveuse fébrile dont il aurait souffert vers la vingtième année, représente l'épisode de début de cette affection, encore qu'il ait pu, semble-t-il, faire entre temps son service militaire. Mais l'aggravation à retardement des signes d'E. E. est d'observation banale.

Les perversions instinctives acquises se voient aussi fréquemment à la suite de cette maladie, ce qui expliquerait ici la délinquance répétée de C... S'agissant d'une véritable maladie mentale on ne peut que le déclarer irresponsable et souscrire à son internement qui doit être maintenu. »

C... a été interné à Sainte-Anne, puis transféré à Ville-Evrard.

Obs. 11. — *Encéphalite à huit ans. Arrêt intellectuel. Troubles du caractère. Impulsions au vol. Délinquance répétée. Syndrome parkinsonien ébauché. Internement.*

Lucien F... est né en 1920, à terme, pesant 3 kilos 300. Il a crié tout de suite.

Son père est bien portant. Sa mère a fait, entre 12 et 21 ans des crises d'épilepsie. Elle a fait une f. c. de deux mois. Il a un frère cadet bien portant, de caractère normal mais débile.

Le premier développement de l'enfant a été normal. A sept mois, il a présenté une crise de convulsions avec perte de connaissance. A huit ans, il a fait une encéphalite avec fièvre et somnolence pendant trois semaines. Cette maladie l'a laissé tout à fait différent de ce qu'il était auparavant.

Il a quinze ans, en janvier 1935, lorsqu'on le présente à la consultation de neuro-psychiatrie; il est noté par le maître d'école comme le « type du parfait anormal, incapable d'un travail suivi ». Il a à peine 10 ans d'âge mental d'après les tests de Binet-Simon mais seulement 9 ans de niveau scolaire. Ses facultés d'imagination et de représentation abstraite des choses sont particulièrement médiocres. Il présente des troubles du caractère à type

surtout d'instabilité, de turbulence. Cependant l'affectivité vis-à-vis des siens est conservée.

Son sommeil est très agité; il parle, rit et chante en dormant. Il a des tics nerveux de la face.

Il y a peu de perversions: ni onanisme ni mensonges, ni fugues, mais seulement des impulsions au vol. Quelques temps auparavant il a été arrêté pour vol de bicyclette. « Il reconnaît les faits, écrit l'expert, pleure beaucoup, ne sait comment les expliquer, se désespère, et donne l'impression d'un pauvre être traqué. »

Le rapport médico-légal (Docteur GEILLIER) conclut: 1° à l'irresponsabilité complète; 2° au placement de cet enfant, non pas dans un service d'aliénés, mais dans un service de neuro-psychiatrie infantile.

Lucien est donc admis au centre d'observation de la clinique. L'examen neurologique révèle l'existence d'un syndrome parkinsonien ébauché: roue dentée, tremblement digital, lingual et palpébral. Parésie de la convergence. Diminution du balancement automatique du bras droit pendant la marche.

Le Docteur HEUYER porte un mauvais pronostic. « La seule solution, écrit-il, le 14 janvier 1935, sera, tôt ou tard, le placement dans un asile d'aliénés puisqu'il n'y a pas de services spéciaux pour ces encéphalitiques. » Le Docteur LOGRE voit l'enfant et estime qu'il « n'est pas à interner. Il serait utilement mis en observation et traité dans un hôpital neuro-psychiatrique ».

Lucien est rendu à sa famille, mais il récidive et commet plusieurs vols. En mars 1936, il est arrêté pour avoir dérobé 200 francs dans une épicerie.

A l'infirmerie spéciale, on constate que le syndrome parkinsonien s'est précisé. Interné à Vaucluse, le malade est transféré en septembre 1937 à l'asile de Pierrefeu (Var). Il s'y comporte bien. Lorsque sa mère demande à le reprendre en septembre 1939, il est noté comme étant « très docile, bon travailleur ».

Cependant, après enquête, la sortie est refusée, la famille ne présentant pas les garanties de surveillance et l'autorité nécessaire.

Obs. 12. — *E. E. à neuf ans. Excitation hypomaniaque post-E. Troubles du caractère: instabilité, irritabilité, turbulence, inaffectivité, malignité. Vols, Mendicité et dromomanie. Signes neurologiques frustes et tardifs.*

Alphonse T... est adressé pour la première fois à la clinique de neuro-p. infantile au mois d'octobre 1925, à l'âge de 10 ans.

Le premier développement de l'enfant a été normal.

A 9 ans, il fut touché par l'encéphalite épidémique, dont plusieurs cas furent observés dans le pays. Il resta couché pendant trois semaines avec fièvre, somnolence et troubles de la vue.

Son niveau mental est de neuf ans. Il répond distraitement aux questions.

Depuis sa maladie, l'enfant est très instable, turbulent à l'extrême, ne tenant pas en place, impulsif, entêté, indifférent aux reproches. Il essaie de briser tout objet qu'il a entre les mains. Il donne des coups de poing dans les devantures.

Par ailleurs, il présente encore des accès de somnolence. A l'examen, on découvre un léger tremblement palpébral, des syncinésies, une tendance à la conservation des attitudes. L'examen oculaire ne révèle rien d'anormal en dehors d'une myopie banale. Le L. C. R. est normal. Quelques mois plus tard, en février 1926, les troubles psychiques se sont beaucoup aggravés: très irritable, l'enfant fait de violentes colères. Il est peu affectueux avec sa mère, très désobéissant. Méchant avec sa petite sœur, il lui donne des coups de pied. Il commet des vols; il reconnaît qu'on ne doit pas voler, mais il le fait malgré lui, dit-il. Ensuite, il jette ou donne ce qu'il a dérobé. L'enfant est interné à Vaucluse; mais un mois plus tard, le père demande la sortie qui est accordée le 15 avril, le malade « ayant été calme depuis son entrée ».

En novembre 1927, l'enfant est renvoyé de l'école; il a des crises de céphalée et de somnolence. Un tremblement lingual est apparu. La persistance des troubles du caractère oblige la mère

à demander l'internement. Mais quelques mois plus tard, les parents réclament à nouveau leur fils qui leur est rendu le 19 août 1928, comme étant « facile à surveiller ». Le 5 juillet 1929, nouvelle demande de placement volontaire, accordée avec les commentaires suivants: « Irritabilité, turbulence, instabilité. Renvoyé au bout de quelques jours de chacune de ses places, quand il ne les abandonne pas ». Le 2 février 1931 (16 ans) il sort encore une fois de l'asile, sur la demande des parents. Beaucoup plus tard, nous apprenons que, de 1934 à 1940, il a essuyé quatre condamnations pour mendicité et une pour tentative de vol; il a fait plusieurs séjours à Nanterre pour mendicité. C'est ainsi qu'en avril 1940 (25 ans), il disparaît de chez lui. En mai, la mère du sujet apprend qu'il est en traitement à la Maison départementale de Nanterre. Celle-ci adresse le malade à Sainte-Anne, où il est interné: les troubles du caractère persistent sans changement. En outre, le tableau neurologique s'est enrichi et précisé: faciès figé, attitude soudée (pas de tremblement). Hyperflexivité tendineuse. Sialorrhée et troubles de la vue.

Obs. 13. — *Encéphalite fruste vers quatorze ans. Changement de caractère. Impulsivité. Inaffectivité. Mythomanie, fugues. Signes oculaires. Obésité.*

Marie-Thérèse N... est née normalement et à terme au mois de février 1908. Il n'y a rien à relever dans ses antécédents familiaux. Son premier développement a été normal. Elle a eu la rougeole et les oreillons. Entre cinq et dix ans elle a présenté quelques crises convulsives qui ont été attribuées à des vers intestinaux (?). Vers l'âge de quatorze ans, elle eut des crises de somnolence invincible, avec céphalée et diplopie; il fallait parfois la réveiller pour la faire manger. Alors qu'elle avait eu jusque-là un caractère facile, elle est devenue vers 16 ans impulsive, violente, entêtée. Elle fait des colères terribles, et crie des injures

et des menaces lorsqu'on la contrarie. Très instable, elle ne peut rester dans aucune de ses places. A l'atelier elle bat les autres et provoque d'incessantes querelles. Elle fait d'ailleurs preuve d'inaffectivité vis-à-vis des siens. Elle est mythomane et fait des fugues. C'est pour cet ensemble de troubles qu'elle fut amenée à la consultation du Docteur HEUYER en mars 1928 à l'âge de vingt ans. A cette époque, son niveau mental atteignait 10 à 11 ans, avec niveau scolaire correspondant. Mais la mauvaise attention, la négligence, la lenteur d'idéation de la malade étaient particulièrement remarquées.

Pour tout signe neurologique elle présentait une légère hypertension, un tremblement palpébral et lingual. Les troubles oculaires étaient nets : inégalité pupillaire, réflexes photomoteurs paresseux, paralysie de la convergence. Par la suite l'enfant fut perdue de vue. Une lettre récente de sa mère (février 1941) nous renseigne succinctement sur son état actuel : les troubles du caractère ont persisté sans changement. De plus est apparue une obésité considérable.

Obs. 14. — *E. à forme choréique à l'âge de quatorze ans. Débilité intellectuelle constitutionnelle. Troubles du caractère consécutifs à l'E. Instabilité, impulsivité, fugues, gloutonnerie. Erotisme : onanisme, exhibitionnisme, homosexualité. Affectivité conservée puis tardivement abolie. Syndrome parkinsonien. Internement.*

Gaston M... est né le 30 juin 1904, à terme ; l'accouchement a été normal. Le père et la mère sont bien portants. Ils ont eu onze enfants, dont huit sont normaux et ont leur certificat d'études. Trois sont morts, l'un de coqueluche, à cinq semaines, un autre à cinq mois de convulsions, un troisième à un mois de tuberculose intestinale (?).

Le premier développement de Gaston a été normal. Il a été à l'école jusqu'à treize ans. Assez mauvais élève ; il n'a pas obtenu

le C. E. Mais sa conduite était bonne; il n'a jamais fait l'école buissonnière.

A l'âge de quatorze ans, à la suite, nous dit-on, d'une grande peur (il aurait été poursuivi par un Arabe qui voulait lui voler sa paie ?...) il a fait une encéphalite à forme choréique avec fièvre élevée, diplopie, somnolence diurne et insomnie nocturne, tics nerveux de la face et du cou. Après sa maladie son caractère avait changé. Il a fait trois ou quatre places sans pouvoir se fixer nulle part. De 16 à 21 ans il a été interné à l'asile de Clermont (Oise). Il en est sorti en 1928. Depuis lors, toujours très instable, il ne peut rester longtemps dans ses places; il fait des fugues; de plus il manifeste des impulsions sexuelles qui inquiètent ses parents.

C'est dans ces conditions qu'en mars 1928, à l'âge de 23 ans et demi il est examiné à la consultation de neuro-psychiatrie par le Docteur HEUYER.

Au point de vue intellectuel, il a onze ans d'âge mental. Il sait lire et écrire, mais le calcul est médiocre et lent. Surtout, il répond négligemment, n'importe quoi, par manque d'attention et paresse de la pensée.

Le caractère qui était normal jusqu'à quatorze ans, a changé depuis l'E. Gaston est devenu instable, coléreux, impulsif. Il ment pour se défendre, mais avoue aussitôt. Il a fait plusieurs fugues et a été arrêté une fois pour vagabondage et mendicité. Il est gourmand et même glouton. Il n'a pas commis de vols. Les manifestations érotiques sont très importantes: il se masturbe beaucoup, et recherche surtout des enfants, leur donnant des sous et des bonbons pour les attirer. Par ailleurs, il est affectueux avec ses parents et ses frères et sœurs. Il est serviable, pas taquin, sans malignité.

Il se présente avec un visage un peu figé et indifférent, un aspect général un peu guindé. Il n'y a pas d'hypertonie, mais perte de l'automatisme de la marche à droite, roue dentée ébauchée à droite, un tremblement digital, palpébral et lingual, des signes

d'hémi-parésie droite: flexion combinée de la cuisse et du tronc de ce côté avec signe de Babinski.

L'examen oculaire montre: des pupilles inégales, un peu irrégulières, une paralysie de la convergence. Pas de diplopie.

Au total, Gaston paraît partiellement utilisable. A ce moment on pensa pour lui à un placement agricole dans une famille sans enfants; mais on dut y renoncer et il fut rendu à ses parents.

Le 29 juin suivant il est arrêté pour attentat à la pudeur et incarcéré à la Santé, (Depuis un mois, il avait quitté la maison paternelle et travaillait comme manœuvre). Il est accusé d'exhibitionnisme dans la rue devant deux petites filles. Les témoignages sont formels, mais Gaston est soumis à une expertise médicale en raison de ses antécédents. Le rapport conclut à la démence au sens de l'article 64 du Code pénal et le malade est interné à Villejuif, puis transféré à Clermont (Oise).

Il y reste jusqu'au 5 mai 1940 date à laquelle il est transféré à l'hospice de Tours. Nous devons à l'obligeance du Docteur FROMENTY des renseignements sur son état actuel. Au point de vue moteur, il est figé, avec du tremblement parkinsonien, particulièrement de la main gauche et des jambes. Par contre, les signes pyramidaux ne sont plus constatés. « Au point de vue psychique il existe une débilité mentale profonde... de l'indifférence sociale et familiale, de l'oisiveté. Un côté intéressant de ce malade est un érostisme toujours très vivace et très actif qui, dans le milieu asilaire, se satisfait par des pratiques d'homosexualité toutes les fois que le malade peut profiter d'une négligence de la surveillance. »

Obs. 15. — *E. E. à onze ans. Troubles du caractère post-E.: instabilité, indiscipline, indifférence affective, mythomanie, vols à répétition. Parkinsonisme fruste tardif avec crises oculogyres.*

René S... est né normalement, à terme, le 12 février 1913. Son

père est bien portant. Sa mère est morte de tuberculose. L'enfant, après un premier développement normal, a eu, à onze ans, l'encéphalite épidémique. Il a dormi pendant six semaines et a vu double.

Alors que, de sept à dix ans, il était toujours le premier de sa classe, il a perdu, après sa maladie, toute aptitude au travail. Néanmoins, lorsqu'en décembre 1928, à l'âge de 16 ans, il est examiné à la clinique de N.-P. infantile, on ne constate chez lui aucun signe de débilité intellectuelle et son niveau mental est supérieur à douze ans. Après l'encéphalite, il a présenté pendant un an un état de nervosité extrême, surtout vespérale et nocturne. Ne dormant pas, il criait, chantait, gesticulait, se levait. Plusieurs fois, il essaya de se couper avec les lames de rasoir de son père ou d'allumer du feu. Depuis lors, il est resté irritable, instable, désobéissant, entêté. Il vole, en général pour acheter des bonbons; mais il a pris récemment 50 francs pour aller dans une maison close. Il montre une indifférence affective complète. Il parle en souriant de la mort de sa mère, survenue un mois auparavant. Il est mythomane, mais n'a pas fait de fugues. De temps en temps il a encore des crises de somnolence diurne. A l'examen, on ne découvre aucun signe neurologique sauf un tremblement fibrillaire de la langue et un léger fremblement digital.

Divers placements ayant échoué, le Docteur HEUYER rédige un certificat d'internement et le malade est admis à Sainte-Anne, puis aux Quatre-Mares (Rouen).

Après dix mois de séjour, le père reprend son fils dont l'état semble s'être amélioré. Hors de l'asile, celui-ci montre aussitôt une instabilité extrême et son père redemande un placement, mais pas dans un asile d'aliénés. (octobre 1929).

Quelques temps après, René s'engage dans l'armée coloniale et nous perdons sa trace jusqu'en février 1938.

Nous ignorons les aventures multiples par lesquelles il a dû passer. A ce moment, il est arrêté pour vols, et, vu ses antécédents, il est examiné et réinterné avec le certificat suivant : « ...Par-

kinsonisme fruste. Fixité du regard. Crises oculogyres. Défaut de convergence, entraînant de la diplopie dans la vision rapprochée. Tachyphémie. Instabilité. Paresse morbide. Vols à répétition. Incapacité sociale... »

Depuis lors, le malade n'a pas quitté l'asile.

Obs. 16. — *E. E. à neuf ans. Arrêt du développement intellectuel. Troubles du caractère et perversions de plus en plus graves: instabilité, irritabilité, vols, fugues, malignité, prostitution (syphilis). Tremblement lingual. Troubles oculaires. Obésité.*

Renée P... est née le 26 juillet 1914, à terme.

— sa mère est morte de T. C.

— son père est remarié et habite Alger.

— elle a eu quatre frères et sœurs dont deux sont morts de méningite à onze mois et deux ans et demi.

Nous n'avons pas de renseignements sur son premier développement. Elle a fait la coqueluche, la rougeole. A neuf ans, elle a été soignée à Bretonneau pendant quarante jours pour une encéphalite Ep. dont les signes essentiels furent la fièvre, la somnolence, de la diplopie et des myoclonies.

Elle est examinée en 1927, à l'âge de treize ans, à la consultation neuro-psychiatrique du Docteur HEUYER.

N. M.: neuf ans. Retard scolaire correspondant. Les réponses sont lentes, l'attention mauvaise. L'enfant est nonchalante, distraite, paresseuse.

Très douce auparavant, elle a, depuis son E, de gros troubles du caractère: elle est irritable, violente, outrageuse, désobéissante, coléreuse, elle bat ses camarades. Elle a été renvoyée de plusieurs pensions. Vols à la maison. Mythomanie. Hâblerie. Pas de fugues. Affectivité normale. Elle dort assez bien, mais ne peut travailler à cause des troubles de l'attention. Tendance à l'obésité. Ré-

flexes tendineux faibles. Réflexes pupillaires paresseux. Abolition apparente du réflexe à l'accommodation.

Nous n'avons plus de nouvelles d'elle jusqu'en 1934 (20 ans) où une lettre de son père adressée au Procureur de la République, nous apprend qu'elle a été placée dans plusieurs pensions spéciales et maisons de santé où elle s'est très mal comportée, et qu'elle vient de s'enfuir des Asiles Evangéliques de Nîmes pour demander asile à Paris à une tante par alliance.

Là, elle fait plusieurs places, qu'elle quitte à la suite de coups de tête ou de scandales.

En décembre 1934, la famille, lasse de Renée, demande l'avis du Docteur HEUYER qui conclut :

« Troubles du caractère post-encéphalitiques. Instabilité et perversions multiples. Fugues à répétition. Incapacité de rester dans une place. Echec de toutes les tentatives. Inaffectivité. Malignité perverse : (chez une dame où elle était placée, piquait avec une épingle une fillette infirme). Erotisme. Aventures multiples. Menace de mort contre son père remarié : « Je lui en veux à mort. Il supporte une maîtresse et ne veut pas de moi... » Est à la veille d'être sans domicile. Toutes les éventualités sont à redouter dont la moins grave sera la prostitution. Signes neurologiques : tremblement lingual fibrillaire. Troubles oculaires. Obésité depuis trois ans. (Encéphalite certaine il y a dix ans). »

Il préconise l'envoi à l'Infirmerie Spéciale pour internement d'office. Cependant, un mois plus tard, Renée fait de la représentation en produits alimentaires. Elle fait à ce moment une tentative de suicide au véronal. Le 25 janvier 1935, elle part à Alger. Elle n'y reste que vingt-quatre heures ; son père lui ayant donné 1.000 francs pour le retour, elle repart, mais s'arrête à Orléans, s'y amuse pendant trois jours avec une compagne de hasard, perd tous ses bijoux et rentre à Paris sans argent.

Nous entendrons reparler d'elle deux ans plus tard. Un rapport de police du 6 mars 1937 nous apprend qu'elle est mère d'une

filie, née en février 1936. Cette fillette, abandonnée matériellement et moralement, a été recueillie par une voisine.

Depuis juin 1936, jusqu'à son récent retour à Paris, Renée a été pensionnaire de plusieurs maisons de tolérance. Elle a été condamnée à trois mois par défaut pour escroquerie en novembre 1936. Elle présente une syphilis active. Elle est prise, par moments, d'un besoin intense de dormir. A l'interrogatoire, elle déclare avoir eu l'idée de se jeter dans la Seine. Elle profère des menaces à l'égard des personnes diverses. Elle se dit incapable d'élever sa fille. « Je l'adore, mais ne peux l'entendre pleurer ; alors, je la giflerais, la grifferais ; c'est plus fort que moi ; lorsque je vois couler une goutte de sang, je ne pense plus à rien, il faut que je le vois couler davantage. » Le Docteur MICHAUX qui l'examine à l'Infirmerie Spéciale confirme les conclusions du Docteur HEUYER et conclut à l'internement d'office. Elle est admise à Sainte-Anne. En septembre 1937, elle est « calme dans le service depuis plusieurs mois. Syphilis traités régulièrement. » Elle a été transférée en mai 1938 à l'asile de Plouguernevel.

Tout récemment (mai 1941), le Docteur HEUYER a reçu de Renée une lettre très caractéristique où s'exprime éloquemment toute la détresse morale d'une encéphalitique condamnée à l'asile : « ...Je viens, bien repentante, essayer de conquérir votre pardon pour m'arracher à l'asile d'aliénés... Je suis anxieuse de ce souci bien légitime qui consiste à voir ma vie s'écouler chez les folles, si vous ne venez pas à mon secours... Non, n'est-ce pas, le « toujours » de l'Enfer n'est pas possible... Je suis encore bien jeune et bien vivante... Je viens vous demander cette grâce à deux genoux, au nom de ma fille et aussi de tous les miens... Que dire des folles où je me trouve ?... Je vous supplie de me faire renaître à la vie... »

C'est l'éternel dilemme : en toute équité, la place d'une malade à l'esprit lucide n'est pas dans un asile d'aliénés. En revanche, il est certain que la mise en liberté rendrait inévitable le retour à la prostitution et la récidive des actes antisociaux qui ont motivé l'internement.

Obs. 17. — *Hérédité névropathique. E. E. à six ans. Arrêt de toute acquisition scolaire. Troubles du caractère, instabilité, impulsivité colères; tendance à embrasser. Signes neurologiques discrets et signes oculaires. Echec de tous les placements. Internement.*

Andrée G... est née le 25 octobre 1916 à terme (3 kg. 500). Sa mère a eu cinq enfants bien portants; elle a fait deux f. c. de trois mois et de deux mois.

Son père est mort interné à Villejuif (syndrome de persécution).

Le premier développement de l'enfant a été normal. A trois ans, coqueluche, compliquée de broncho-pneumonie.

A six ans, elle a fait une E. E. avec fièvre élevée, convulsions, sommeil ininterrompu pendant seize jours. La convalescence a été lente; l'enfant n'a remarqué que progressivement. Elle a présenté des tics de la face droite, du tremblement des paupières et des lèvres, de la salivation, de la diplopie. Surtout, son caractère a complètement changé. Une lettre de son institutrice nous décrit bien cette transformation: « Nous avons vu Andrée, après avoir été dans les petites classes, une élève à peu près normale se soumettant à la règle, apprenant à lire facilement, s'arrêter brusquement dans sa formation intellectuelle et ne plus faire aucun progrès. Sa voix, agréable dans sa petite enfance, devint vulgaire, masculine et son visage à la jolie expression devint bestial; son regard fut hagard, hébété, perdu. Elle eut des sautes d'humeur inexplicables, fit des colères terribles pour les moindres contrariétés causées par ses camarades ou par l'institutrice... Les actes de violence cessaient brusquement. Et, après ces moments de révolte, elle se montrait toute soumise, promettant une conduite exemplaire. Impulsive, elle parlait tout haut, sans autorisation et embrassait frénétiquement soit une institutrice, soit une compagne. » Aussi sa scolarité a-t-elle été irrégulière. Lorsqu'en septembre 1930,

à l'âge de quatorze ans, elle est présentée par sa mère, à la consultation de neuro-psychiatrie, son niveau mental est inférieur à dix ans. Le niveau scolaire est de huit ans. Lecture hésitante. Ecriture inégale. Calcul très lent et médiocre. D'ailleurs, elle ne fait pas attention et répond n'importe quoi. Les troubles du caractère sont importants : avant sa maladie, dit la mère, elle était gentille, affectueuse, propre. Depuis, elle est désordonnée, coléreuse, impulsive ; entêtée, volontaire ; elle pleure ou rit pour un rien. Elle ment parfois, mais n'a commis ni vols, ni fugues.

Elle a une tendance à embrasser impulsivement n'importe qui. Très instable, elle a fait échouer toutes les tentatives de placement. Elle présente encore, parfois, des crises de somnolence. Son faciès est figé. Il existe un tremblement fibrillaire de la langue, un tremblement digital léger. L'examen neurologique, pour le reste, est négatif. B. W. négatif. L. C. R. : normal. L'examen oculaire montre une légère diminution de la fente palpébrale à gauche, une abolition complète de la convergence de l'œil gauche, du nystagmus de l'œil droit dans les deux positions extrêmes du regard.

Enfin, on remarque un signe de Gaucher et une voûte palatine ogivale. A ce moment, Andrée fut mise au traitement par le salicylate de soude et l'urotropine pendant quatre mois. Aucune amélioration ne s'ensuivit et, en janvier 1931, le Docteur HEUYER rédigea un certificat d'internement. Nous n'avons aucun renseignement sur le comportement de la malade à l'asile, sinon que la question de sa sortie ne put jamais se poser, et qu'elle mourut de grippe en janvier 1941.

Obs. 18. — *Hérédité névropathique. Stigmates de dégénérescence. E. E. à cinq ans. Débilité mentale. Troubles graves du caractère : instabilité, impulsivité. Perversions instinctives ; vols, malignité, érotisme. Inaffectivité. Syndrome parkinsonien tardif.*

Simone T... est née à terme le 15 octobre 1914.

Sa mère est bien portante. Son père est divorcé. Sobre mais de caractère difficile.

L'accouchement et le premier développement de l'enfant ont été normaux. Elle a été atteinte d'E. E. en 1920, à l'âge de cinq ans. Normale jusque-là, elle a changé complètement de caractère après cette maladie : impulsive, elle jette des pierres dans les carreaux, donne des coups de couteau dans les arbres, déchire sa serviette, jette la nourriture. Elle se plaît à détruire et à casser. Elle est très désobéissante et très instable, changeant continuellement de jeu et d'occupation.

Elle a été à l'école jusqu'à douze ans, mais pour cause d'indiscipline absolue, elle a été renvoyée de trois écoles et d'un Bon-Pasteur.

Examinée pour la première fois à la clinique en mars 1927, à l'âge de douze ans et demi, elle a un niveau mental de neuf ans et demi et un retard scolaire correspondant. Au cours de l'interrogatoire, elle est continuellement distraite, et répond n'importe quoi.

De plus, on nous dit qu'elle a commis des vols un peu partout, chez des voisins, les commerçants. Elle fait preuve de malignité à l'égard des animaux (oiseaux, chiens) et d'inaffectivité vis-à-vis des siens. Onychophagie. Masturbation. Le sommeil est mauvais, agité, alors que la somnolence diurne est fréquente.

L'ensemble du comportement est tel que la mère ne peut garder son enfant et demande à la placer.

A l'examen, microcéphalie, avec méplat occipital. Quelques érosions dentaires. Au point de vue neurologique, il existe seulement un tremblement palpébral, une inégalité pupillaire avec réflexes pupillaires normaux, une insuffisance de convergence de l'œil gauche.

L'enfant est placée à Yvetot : elle s'y montre insupportable, impossible à discipliner ; elle fait du tapage nocturne alors qu'elle s'endort à l'atelier dans la journée. A l'infirmerie, elle triture ses excréments.

En février 1931, le syndrome neurologique s'est précisé et complété: faciès figé, inexpressif; bradypsychie et bradycinésie; légère hypertonie musculaire à droite avec roue dentée. Tremblement de la tête, de la langue et des extrémités. Adiadococinésie.

Simone est alors internée à Perray-Vaucluse, où elle meurt, des « suites de sa maladie » en 1934, à l'âge de vingt ans.

Obs. 19. — *Hérédosyphilis possible. E. léthargique à trois ans. Débilité intellectuelle et retard scolaire presque entier. Troubles du caractère: instabilité, impulsivité, colères, paresse. Vols. Mensonges. Equivalents épileptiques. Hyperglycorrachie. Internement.*

Roger G... est né le 14 février 1917 avant terme (sept mois). Les parents se disent bien portants mais ont eu deux enfants morts-nés, un enfant qui est mort à deux ans et une fille qui a eu à son tour un enfant mort-né.

Roger a eu un premier développement un peu retardé: il a marché à quinze mois, a dit les premiers mots à deux ans. Il a été énurétique jusqu'à quatorze ans.

A trois ans il a eu la « maladie du sommeil », encéphalite avec somnolence et fièvre. A cinq ans, broncho-pneumonie. A six ans, congestion pulmonaire, à treize ans, mastoïdite. Il a été à l'école jusqu'à 12 ans mais a été renvoyé plusieurs fois pour son indiscipline et son humeur batailleuse. Il est examiné en novembre 1933 à la clinique de neuro-psychiatrie infantile, à l'âge de seize ans et demi à la suite d'une inculpation pour vol. Son niveau mental est de neuf ans et demi. Le retard scolaire presque entier (huit ans). Lecture hésitante avec compréhension mauvaise, très mauvaise écriture. Pendant l'interrogatoire, il fait preuve d'inattention, d'indifférence, de paresse. Il fait de nombreuses fautes et omissions au test de Toulouse et Piéron.

Il montre une grande pauvreté de jugement et raisonnement. Il est sale et peu soigneux, très maladroit manuellement, pares-

seux. Il s'est montré incapable d'apprendre un métier. Entre douze et seize ans, il a été placé trois fois. Renvoyé chaque fois, il n'a travaillé que deux mois en tout.

Troubles du caractère : puérilité, suggestibilité. Impulsivité. Colères. Indiscipline, humeur batailleuse. Brutalités à l'égard des animaux. Menus vols d'argent à la maison. Mensonges sans utilité. Onychophagie.

« Il a bon cœur, dit la mère, mais pour nous son caractère est indéfinissable. Il a des périodes assez agitées et d'autres assez calmes. »

Le vol pour lequel il a été inculpé a eu un caractère impulsif et des conséquences niaises : le collier volé a été reconnu par la propriétaire sur le cou de la jeune fille à qui il l'avait donné.

Son état physique est médiocre. Examen neurologique : tremblement digital, palpébral, lingual fibrillaire. Les réflexes tendineux sont vifs. Environ une fois par mois surviennent des vertiges ou des absences avec chute et perte de connaissance, de caractère comitial. Il existe une paralysie de la convergence des globes oculaires. Le L. C. R. contient six lymphocytes par millimètre cube, 0 gr. 15 d'albumine, 0 gr. 75 de sucre. B. W. et Benjoin négatifs. Roger est placé à Auch, mais n'y reste que huit jours. Il s'y rend indésirable et coupable de vol et revient au Patronage. Là le surveillant général le note ainsi : « Il n'y a rien à tirer de ce garçon. On est obligé, par instants de l'isoler. Il gâche, saccage, crie, cause du désordre partout. Il est impropre à tout travail. » Le rapport médico-légal du Docteur HEUYER conclut à l'internement « faute d'un établissement spécial ». Et Roger entre à l'asile de Villejuif d'où il est transféré à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure). Le 26 février 1939 il est confié à ses parents qui voulaient essayer de le reprendre, le trouvant plus calme. Mais il se comporte de plus en plus mal, et six mois plus tard, on est obligé de le réinternier. « A l'asile, nous dit sa mère, il a des périodes de calme auxquelles succèdent d'autres d'énervement très grand qui, en liberté, pourraient devenir dangereuses. »

Obs. 20. — *E. E. à forme convulsive à deux ans. Mal comitial post-encéphalitique. Hémiparésie gauche avec association de signes extra-pyramidaux et de signes pyramidaux. Troubles légers du caractère. Evolution grave vers la mort à l'âge de treize ans.*

Daniel L... est né normalement à terme le 10 octobre 1924. Il n'y a rien de notable dans ses antécédents héréditaires. Il a présenté un léger retard au cours de son premier développement. Première dent à neuf mois. Marche à quinze mois, parlait encore mal à deux ans.

A deux ans, il a eu l'encéphalite épidémique, traitée par le Professeur DEBRE. Les symptômes essentiels furent à ce moment fièvre, convulsions, paralysies qui se dissipèrent peu à peu. Depuis, il a présenté de fréquentes crises convulsives épileptiques avec perte de connaissance et perte des urines. De plus, depuis 1929, certaines crises se manifestent par une rotation du sujet sur lui-même, à la manière d'une toupie parfois avec chute, toujours du côté gauche. L'enfant est examiné à la clinique en novembre 1930, à l'âge de six ans. Il n'est pas débile, mais prononce très mal. Il répond très lentement et sans faire attention. Il ne copie ni le carré, ni le losange et ne compte que jusqu'à 8. Il sait ses lettres. Il présente des troubles du caractère à type d'instabilité, d'impulsivité avec turbulence intermittente. Il a des gestes de brutalité (coups, griffes) qu'il regrette aussitôt. Il est taquin, gourmand. Mais il est très affectueux avec ses parents, ses frères et sœurs, et on ne relève chez lui aucune perversion.

Les crises convulsives; tantôt avec perte de connaissance, tantôt à type B. J. à gauche, sont quotidiennes, et se répètent de nombreuses fois dans la journée. Il est peu amélioré par le gardénal. Les absences et vertiges à caractère comitial sont aussi très fréquents.

A l'examen, on note les signes d'une hémiparésie gauche, une perte de l'automatisme de la marche du côté gauche, le signe de

la roue dentée à gauche, un tremblement lingual. Il existe en outre des syncinésies et un signe de pronation net et à gauche.

L'examen oculaire est négatif.

Enfin, l'examen général relève chez l'enfant quelques stigmates de dégénérescence : microdontie, signe de Gaucher, ébauche de fossette coccygienne.

Il y a une légère tendance à l'obésité.

Nous avons perdu l'enfant de vue par la suite.

Ayant demandé de ses nouvelles, nous avons appris sans autres détails, qu'il était mort le 1^{er} août 1937, à l'âge de treize ans, « des suites de sa maladie ».

Obs. 21. — *Hérédité épileptique. Convulsions dans l'enfance. E. E. à onze ans. Troubles du caractère consécutifs sans débilité intellectuelle: instabilité, impulsivité, fugues. Amoralité. Toxicomanie alcoolique irrésistible. Syphilis acquise. Séquelles neurologiques mineures. Trois internements.*

Victor B... est né le 23 janvier 1909.

Son père était bien portant. Sa mère a eu, autrefois, des crises nerveuses, probablement épileptiques, et a fait trois f. c.

L'accouchement a été normal, mais le premier développement a été marqué par un très net retard psycho-moteur.

Première dent : neuf mois. — Marche : dix-huit mois. — Premiers mots : dix-huit mois. — Premières phrases : deux ans. — Propreté : quatre ans.

A l'âge de deux ans, il a présenté des convulsions avec pertes de connaissance. A onze ans (1920), il a fait une maladie étiquetée grippe, en réalité, encéphalite Epid. certaine, avec fièvre, somnolence et diplopie.

Auparavant, il était gentil, d'un caractère très doux. Après sa maladie, sont apparus des troubles du caractère avec alterna-

tive d'excitation et de dépression. Il est instable, paresseux. Il a fréquenté l'école de six à treize ans sans obtenir le C. E. Néanmoins, il n'y a pas de débilité intellectuelle.

Depuis sa sortie de l'école, il est incapable de rester dans aucune place. « C'est plus fort que moi, il faut que je m'en aille », dit-il, et quelque fois, il en pleure. Un jour, d'une façon impulsive, il veut s'engager dans la marine de commerce. Les parents refusent, puis acceptent l'engagement dans la marine de guerre. Il s'y rend insupportable et doit résilier son engagement.

Il se marie de façon impulsive avec une jeune fille de dix-sept ans qu'il connaissait à peine et dont il se sépare au bout de quatre mois. Tout en étant marié, il se fiance ailleurs. Il se met à boire et les manifestations alcooliques déterminent un premier internement (août 1931) avec les indications suivantes :

« Déséquilibre, incapable de se diriger correctement. Instable, n'a pu apprendre aucun métier... Reconnaît qu'il fait des bêtises sans le savoir. » (Docteur PACRET).

« Excès alcooliques, appétence toxicomaniacale, irrésistible, obtient de l'argent par tous les moyens pour boire; vend habits, mobiliers. Menaces à l'entourage, inaffectivité, anesthésie du sens moral, vantardises. Décision quotidienne de réforme radicale de son genre de vie. Fugues, colères, danger social. » (Docteur COURTOIS). B. W. : 0; Kahn : 0; L. C. R. normal.

Il est interné le 27 août (Ville-Evrard). Il a 22 ans. Il en sort sur la demande de sa mère, le 7 décembre 1931. Dès sa sortie de l'asile, il est envoyé à Chambon en convalescence; mais il s'enfuit au bout de quatre jours et se promène à Marseille, Nevers, Bergerac. Il revient à Paris quand il n'a plus d'argent. Il y retrouve sa fiancée à laquelle il a caché son internement. Lui ayant donné rendez-vous, il lui prend son sac à main et en retire l'argent pour la forcer à rester avec lui. Il devient son amant, et est arrêté le même soir dans un restaurant, en compagnie de la jeune fille et en état d'ivresse, sur la plainte du père de son amie.

Il est incarcéré à la Santé le 12 janvier 1932.

Son avocate demande l'expertise médicale qui aboutit au rapport médico-légal du Docteur HEUYER (auquel nous empruntons la plupart des éléments de cette observation) :

« B... fait preuve de simplicité souriante; calme, indifférent, apparent cynisme, amoralité foncière. Aucun affaiblissement intellectuel. Pas de débilité mentale constitutionnelle. Antécédents de somnolence invincible et diplopie, lors de l'épisode étiqueté : grippe. Tremblement fibrillaire de la langue. Tremblement digital et palpébral. Réflexes tendineux très vifs. Aucun trouble pupillaire. Blennorrhagie à 17 ans, chancre mou à 21 ans. Depuis trois mois papillomes (crêtes de coq) traité à Saint-Louis avant son arrestation.

Il est impossible de ne pas établir de rapport entre la maladie étiqueté grippe, les crises de somnolence, la diplopie, les troubles du caractère consécutifs et les signes neurologiques constatés actuellement. L'ensemble porte tout à fait la marque des séquelles d'E. E... Ajoutons, que ces troubles du caractère sont survenus sur un terrain déjà taré, puisque la mère est une ancienne épileptique et que B... a présenté aussi des convulsions épileptiques à l'âge de deux ans. »

Le rapport conclut à l'irresponsabilité et à l'internement dans un asile d'aliénés.

B... est transféré à Sainte-Anne le 8 avril 1932. Puis à Ville-Evrard, d'où il s'évade le 19 juillet. Il est retrouvé et conduit à l'Infirmerie Spéciale le 2 juin 1933 et de là à Sainte-Anne.

Presque aussitôt, le père du malade demande sa sortie et l'obtient car B... s'est comporté « calmement et raisonnablement » à l'asile.

Le 13 mars 1935, B... est arrêté parce que, sans permis de conduire en sa possession, il pilotait une automobile, en état d'ivresse manifeste, zigzagant et montant à plusieurs reprises sur le trottoir.

B... a donné une dernière fois de ses nouvelles en novembre 1937, en demandant la restitution du permis de conduire qui lui avait été retiré en juin 1933.

Il présente toujours les mêmes signatures discrètes d'encéphalite. Sa conduite n'a donné lieu jusqu'ici à aucune observation nouvelle.

On ne peut cependant que réserver expressément le pronostic concernant l'avenir mental et social d'un tel malade.

Obs. 22. — *Encéphalite fruste à quatorze ans. Troubles psychiques: psychasténie. Hallucinose. Troubles cénesthésiques. Automatisme sans délire.*

Michel N... est né normalement, à terme, le 21 juin 1912. Ses parents et six frères et sœurs sont bien portants. Son premier développement a été normal. Pas de maladies dans l'enfance.

À 14 ans, il fut pris d'accès de somnolence invincible qui se renouvelèrent tous les jours à heure fixe (dans l'après-midi) pendant plusieurs mois. Un jour, il s'endormit dans la rue sans s'en apercevoir. Quelques troubles psychiques apparurent avec alternatives d'excitation et de dépression. La P. L. ramena un liquide de composition normale, nous dit-on. B. W.: 0.

L'enfant ne put continuer ses études, et comme seul le dessin le tenait éveillé, il entra à l'Ecole des Beaux-Arts de Nantes.

C'est en juin 1930, à l'âge de dix-huit ans, qu'il fut examiné à la clinique de neuro-psychiatrie infantile:

N. M.: treize à quatorze ans, mais réponse lentes, indécises, au milieu desquelles le sujet se perd par manque d'attention. Les troubles psychiques revêtent chez lui un type très spécial. Il traverse des crises de dépression fréquentes, avec aboulie et sentiment d'inhibition psychique. Toutefois, il n'a pas d'idées de suicide.

Il dort très mal la nuit. Il a des rêves, toujours très animés, qu'il sépare mal de ses hallucinations nocturnes. Il raconte que la nuit, étant éveillé, il entend des cris dans sa chambre, parfois des menaces. A d'autres moments, il entend de la musique.

Il a eu des hallucinations génitales : alors qu'il n'a jamais eu de rapports sexuels avec une femme, il a eu deux fois l'impression exacte d'avoir une femme dans son lit, et d'accomplir avec elle un acte sexuel normal.

Il n'a pas d'hallucination visuelles.

Les troubles cénesthésiques sont nombreux : en particulier le sujet a très souvent la sensation qu'on lui serre la main ou qu'il touche lui-même des corps. Parfois c'est l'impression d'un liquide chaud qui va et vient dans son cerveau. Une fois, il a cru qu'on lui coupait la tête. En outre, il a eu l'impression parfois agréable, plus souvent désagréable, d'être dirigé malgré lui, sous les ordres d'une volonté extérieure, et qu'un médium possédait ses pensées.

Cependant, il sait que tout cela n'est qu'illusions dues à sa maladie. Il n'a pas d'idées délirantes et n'interprète pas. Tel était l'état du malade quatre ans après le début de la maladie.

Il est regrettable que les circonstances n'aient pas permis de poursuivre cette observation, dont l'intérêt réside dans les caractères si spéciaux de ces troubles psychiques post-encéphalitiques.

CONCLUSIONS

I. — L'E. E. détermine de façon quasi-expérimentale les syndromes neurologiques et psycho-pathologiques les plus divers, chez l'enfant et chez l'adulte.

C'est en faisant apparaître ainsi le symptôme psychique d'un processus organique en évolution que l'E. E. a ouvert à la psychiatrie un très large champ d'observation et d'étude. Quels qu'ils soient, les troubles consécutifs à l'E. E. sont en réalité, beaucoup moins le témoin de séquelles cicatricielles, que la traduction d'un processus évolutif d'encéphalite prolongée.

C'est à la lumière de cette conception qu'il convient d'étudier les troubles mentaux consécutifs à l'E. E. lorsque celle-ci touche le cerveau de l'enfant, dont le développement intellectuel et moral n'est pas achevé.

II. — L'E. E. détermine quelquefois chez l'enfant des troubles intellectuels affectant la forme d'un retard du développement d'autant plus important que le sujet était plus jeune lors de l'atteinte initiale.¹

Alors que les facultés d'imagination, de mémoire, de jugement sont dans l'ensemble assez peu diminuées, le trouble fondamental est celui de l'attention. Il s'y ajoute un état habituel de paresse et d'apathie psychiques, et le retard scolaire est toujours plus considérable que le retard intellectuel proprement dit.

III. — L'E. E. détermine chez l'enfant d'une façon quasi-constante des troubles du caractère et du comportement.

a) Au moindre degré, il s'agit d'un syndrome hypomaniaque d'excitation psycho-motrice à exacerbation vespérale avec diminution du sommeil nocturne.

b) Sur un fond constant d'instabilité et d'impulsivité apparaissent couramment des tendances perverses plus ou moins graves: fugues, violences, indiscipline, toxicomanie, mythomanie, vols, perversions sexuelles. Ces dernières s'observent avec une particulière fréquence.

Dans les formes simples, la conservation de l'affectivité et du sens moral, la conscience de l'état morbide, l'inutilité, l'incohérence et la maladresse des actes délicieux, les remords consécutifs, constituent, malgré le polymorphisme des manifestations de détail, un ensemble suffisamment évocateur pour faire soupçonner à eux seuls le diagnostic d'encéphalite. Cependant, — soit d'emblée chez des sujets prédisposés soit secondairement à la forme précédente, — s'observent des cas plus compliquées que la préméditation, la malignité, l'utilitarisme, l'abolition du sens éthique et de l'affectivité apparentent aux perversions instinctives constitutionnelles. Dans tous les cas, l'inintimidabilité est absolue et la récurrence des délits inévitable.

c) La forme épileptoïde est caractérisée par une violence particulière des réactions psychomotrices, parfois suivies d'hébétude et d'engourdissement psychique, qui s'apparentent à l'état mental des comitiaux.

d) La forme psychosique ou obsessionnelle dont les manifestations apparaissent dans l'adolescence, peut, à partir d'obsessions simples et de psychasthénie avec impulsions — suicides, aboutir à des véritables psychoses hallucinatoires chroniques.

IV. — En pratique, l'intrication des symptômes et des syndromes précédents est la règle dans chaque cas particulier.

V. — Troubles du caractère et perversions consécutifs à l'E. E. de l'enfant sont persistants et ne se modifient guère au cours de la vie du sujet.

Au contraire, l'évolution, qui est essentiellement discontinue, intermittente, périodique, se fait souvent dans le sens de la complication et de l'aggravation. Les différents types de troubles mentaux se succèdent parfois dans le temps, tout en s'intriquant selon les modes les plus variés. Ils constituent une gêne dans la vie scolaire ou professionnelle, souvent une impossibilité de la continuer.

VI. — Les troubles du sommeil, de la respiration et de la parole, les éléments du syndrome excito-moteur et du syndrome parkinsonien, les troubles oculaires sont communément observés chez ces malades. Ils prennent toute leur importance diagnostique dans les cas d'E. fruste dont les manifestations initiales ont pu rester méconnues.

VII. — On doit systématiquement penser à l'encéphalite en présence de toute modification acquise du comportement psychique et moral chez un enfant.

Le diagnostic se base dès lors :

1°). Sur les antécédents d'E. E. qui peuvent se réduire à de simples crises de somnolence diurne avec troubles de la vue, voire même manquer totalement.

2°) Sur l'aspect des troubles mentaux eux-mêmes qui, malgré leur polymorphisme, ont souvent une « tonalité » caractéristique.

3°) Sur les signes neurologiques associés.

Dans les cas frustes, il convient de donner toute leur valeur au tremblement fibrillaire de la langue, véritable signature de l'E. E. et, lorsqu'elle existe, à l'hyperglycorrachie. Ces éléments permettront de distinguer notamment des états post-encéphalitiques: l'instabilité simple et l'hypomanie chronique, les obsessions constitutionnelles, les équivalents psychiques de l'épilepsie, les perversions instinctives constitutionnelles, la démence précoce au début.

VIII. — L'intensité des troubles mentaux d'origine encéphalitique n'est proportionnée ni à la gravité de l'épisode aigu initial, ni à l'importance des signes neurologiques associés.

Par contre, les désordres sont en général d'autant plus grands que l'E. est survenue à un âge plus précoce.

IX. — L'E. E. est capable de déterminer à elle seule, troubles du caractère et perversions. Mais elle aggrave les tendances perverses constitutionnelles préexistantes.

X. — Quel que soit le mécanisme invoqué pour expliquer le comportement des encéphalitiques (défaillance de la volonté frénatrice, bradyphrénie, paralysie des automatisme mentaux, éréthisme émotionnel) tout se passe comme si le sujet se trouvait subitement poussé par une force supérieure à la volonté qu'il est capable de lui opposer.

XI. — Les troubles du caractère conditionnent presque en totalité les réactions médico-légales de l'enfant comme de l'adulte post-encéphalitique.

XII. — En l'absence de tout traitement médicamen-

teux curatif, les « invalides moraux post-névritiques » posent avant tout un problème médico-social de prophylaxie et de rééducation. Inintimidables, insociables, inutilisables dans des conditions normales, ces sujets n'ont actuellement d'autre alternative que la prison ou l'asile.

En s'inspirant de certaines expériences faites à l'étranger, il serait juste et rationnel d'instituer dans notre pays, pour cette catégorie très particulière de malades, des services spéciaux d'hospitalisation où, sous la conduite d'un personnel averti, seraient mises en œuvre toutes les ressources de la physiothérapie et de la psychothérapie, et appliquées les méthodes éducatives adaptées à l'état mental de ces sujets pour les améliorer et les utiliser dans la mesure du possible, tout en protégeant efficacement la collectivité contre leurs impulsions délictueuses et perverses.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON (Mlle). — Sur l'évolution de l'affectivité de l'enfant
(*Soc. Méd. Psychol.* juin 1925).
- ADAM et FREY. — De la période médico-légale de l'E. E. (27^e *Congrès des Aliénistes*. Bezançon, 1923).
- AQUIBES GAREISE et A. PETRE. — Secuelas neuro-psiquiatricas de la E. E. en la infancia. (*Prrensa med. argent.*, 1935, p. 1544-1551).
- BERGAMINI (L.). — Sull evoluzione dei reliquati psichici dell' E. E. nelle prime eta della vita. (*Rev. di. psichiat.*, janv.-avril 1929).
- BESSON (A.). — Les manif. psychiques de l'E. E. et la psychose encéphalitique. (*Thèse Paris*, 1923).
- BIER (F.). — Die post-E. psychischen zutafnde der kinder und Jugendlichen in klinischer ferensischer und fûrsorgerischer Beziehung. (*Allg. Ztschr. f. psychiat.* 1932, p. 71-92).
- BOYD (W.). — The sequalae of E. E. (*Am. Jour. of Méd. Sc.*, août 1921).
- BOND et APPEL. — Treatement of children in hospital school. (*Am. J. of Psych.*, mars 1931).
- BOND (E.) et SMITH (L.-H.). — Post-E. behavior disorders. (*The Am. Jour. of Psychiatry*, juill. 1935).
- BRANCHE. — Les troubles mentaux consécutifs à l'E. E. (*Thèse Lyon*, 1922).
- BORREMANS (P.) et VAN BOGAERT (L.). — Syndromes végétatifs pa-

- roxystiques d'origine centrale dans les séquelles post-E. (*Presse Médic.*, 4 juill. 1936).
- BRANDT. — Séquelles d'E. E. dans l'enfance et d'adolescence (*Arch. fur. Psych.* 1929, p. 698).
- BRIAND (M.). — Les troubles mentaux de l'E. E. au point de vue médico-légal. (*Acad. Médic.*, 22 nov. 1921).
- BRIAND et BOREL. — Un cas d'E. E. avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de 9 ans. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 18 avril 1921).
- BRIAND et REBOUL-LACHAUX. — Tr. du caractère et séquelles mentales de l'E. E. chez les enfants. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 19 déc. 1921).
- BRIAND et ROUQUIER. — Séquelles d'E. E.; tr. du caractère et excitation psycho-motrice à exacerbation nocturnes. (*Soc. Cl. de Méd. Mentale*, 18 avril 1921).
- BROWN (A.-W.), JENKINS et CISLER. — Influence of léth. Enceph. on intelligence of children as determined by objective tests. (*Am. Jour of Dis. of childr.*, fév. 1938).
- CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables d'E. E. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 17 juillet 1922).
- CARETTE (P.). — Deux nouveaux cas d'E. E. avec perversions instinctives. (*Soc. Méd. Psychol.*, 26 mai 1924).
- CENAC. — Perversions sexuelles post-E. (*Soc. Méd. Psychol.*, 31 mars 1924).
- CIAMPI (L.). — La perversion morale post-E. en los ninos. (*Rev. de psiquiatriy criminel*, juill.-août 1937).
- CLAUDE (H.). — Les suites éloignées de l'E. E. (*Acad. Médecine*, 2 mars 1920).
- Suites éloignées de certains tr. mentaux post-E. (*Soc. Méd. psychol.*, 27 février 1922).
- CLAUDE (H.), BARUK et LAMACHE. — Obsessions-impulsions consécutives à l'E. E. (*Soc. de Psychiatrie*, 20 oct. 1927).
- CLAUDE (H.) et ROBIN (G.). — Le syndrome mental post-E. de

l'enfant et la notion de dégénérescence mentale. (*Ann. Méd. Psychol.*, juin 1924).

CLAUDE (H.), ROBIN et CENAC. — Syndrome hébéphrénocatatonique Enc. (*Soc. Psychiatrie*, 19 nov. 1925).

CLAUDE (H.), SIVADON et AJURIAGUERRA. — Déséquilibre mental post-E. (*Soc. Méd. psychol.*, 12 mars 1936).

CLEMENT (R.). — Encéphalites épidémiques (unité ou pluralité ?). (*Presse Médic.*, 23 févr. 1935).

COLLIN (A.) et REQUIN (Mlle). — Séquelles psychiques de l'E. E. chez les enfants (*Arch. Méd. des Enfants*, mai 1923).

COMBY. — Les séquelles nerveuses de l'E. Létharg. (*Arch. Méd. Enfants*, 1923, p. 305).

COOPER (A.). — Mental sequelae of chronic E. E. (*The Lancet*, 19 sept. 1936).

COUMEL (H.). — Séquelles mentales post-E.: les syndromes dépressifs. (*Thèse Lyon*, 1926).

COURBON et BAUER. — A propos d'une séquelle mentale d'E. E. limitée à des troubles du caractère. (27^e Congrès Alién., Bezangon 1923).

CRUCHET (R.). — Pronostic et séquelles de l'encéphalite épidémique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 11 mars 1921).

— Considérations sur les séquelles post-E. (*Jour. Méd. Bordeaux*, 30 juillet 1931).

CRUCHET (R.), MOUTIER et CALMETTE. — Le pronostic de l'encéphalomyélite Ep. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 29 oct. 1920).

DARRE (R.). — Les tr. mentaux chez les parkinsoniens post-E. (*Thèse Lyon*, 1927).

DRETLER (J.). — L'influence de l'E. E. chronique sur la schizophrénie. (*Encéphale*, nov. 1935).

DUPOUY et ABELY. — Exhibitionnisme chez un parkinsonien. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 15 juin 1925).

DUPOUY, BAUER et CHATAGNON. — Le suicide chez les post-E. (*Soc. Psych.*, oct. 1926).

- DUPOUY et HYVERT. — Fugues obsédantes et E. E. (*Soc. psychiatrie*, 18 févr. 1926).
- EBAUCH (F.-G.). — Neuro-psychiatrie sequelae of acute E. E. in children. (*Am. Jour. of Dis. Childr.*, févr. 1923).
- ECONOMO (VON). — E. E. et encéphalomyélite subaiguë diffuse de CRUCHET. (*Jour. de Neur. et Psych.*, Vienne, févr. 1929).
- ELY et FRANK. — E. E. Residual syptoms chrôniciity and relapsing tendency. (*Jour. of nerv. and ment. diseases* 1921, n° 2, p. 119).
- EMMA (M.). — Postumi della E. E. ed eboidofrenia vella etiologia della criminalita minorile. (*Riv. di psichiatrie*, oct.-déc. 1939).
- EUZIERES et Bl. de CLARET. — L'invalidité morale acquise post-névritique. (*Cong. de la Soc. pour l'Avanc. des Sc.*, Montpellier, 1922).
- Troubles moraux consécutifs à la névritite ép. (*Gaz. Hôp.* 1923, p. 1201).
- FLECK (U.). — Über die psychischen Folgezustände nach E. E. bei jugendlichen. (*Arch. f. Psychiat.* 1927, p. 723-785).
- FRIBOURG-BLANC (A.). — Les réactions antisociales au cours de l'E. E. (*Rapp. au 13^e Congrès de Méd. Légale*, oct. 1928).
- FROMENT (J.). — Le déficit psych.que dans les états parkinsoniens post-E. (*Soc. Neurol.*, 3 juin 1921).
- GUINON (M.). — A propos de l'E. aiguë de l'enfant. (*Soc. Péd.*, 19 avril 1921).
- HALLE (J.) et REYT. — Accidents post-E. chez un enfant. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, décem. 1931).
- HAMEL (J.) et MERLAND (A.). — Séquelles d'E. E. (*Soc. Cl. Mentale* 20 nov. 1922).
- HANSHALTER. — Présentation d'un enfant avec séquelles polymorphes d'E. E. (*Rev. méd. de l'Est*, 1921, p. 288).
- Répétition automatique post-E. (*Soc. Neurol.*, 6 avril 1922).
- HENARD. — Les petites séquelles mentales de l'E. E. (*Sud. Méd. et chir.*, 1927).

HEUYER (G.). — Vœu relatif à l'hospitalisation des pervers. (*Soc. Psychiatrie*, 19 nov. 1925).

— Considérations sur quatorze cas de perversions post-E. (*Arch. Méd. Enfants*, mai 1926).

— Réactions médico-légales chez un post-E. (*Soc. Psych.*, mai 1928).

— Tr. psychiques de l'E. E. (*Semaine Hôp. Paris*, juil. 1931).

— Les délinquants mentalement anormaux (rapport). (*Rev. de Science criminelle et de droit pénal comparé*, janv.-mars 1939).

— Diagnostic des tr. psychiques déterminés par l'E. E. chez l'enfant à l'âge scolaire. (*Bull. groupement frs. de neuro-psych. infantile*, mai 1939).

HEUYER (G.) et Mlle BADONNEL. — E. E. polymorphe. (*Soc. Psych.*, 26 avril 1928).

HEUYER (G.) et DUBLINEAU. — Syndrome de dépersonnalisation chez un E. (*Ann. Méd. Psychol.*, fév. 1932).

HEUYER (G.), DUBLINEAU et Mme MORGENSTERN. — Réverie délirante chez un enfant. (*Soc. Méd. Psychol.*, fév. 1932).

HEUYER (G.) et DURAND. — Une forme particulière de délire à deux chez un parkinsonien et sa mère. (*Soc. Méd. Psychol.*, 12 mars 1936).

HEUYER (G.) et LAGACHE. — Syndrome d'influence symptomatique d'une E. Impulsions, suicide et homicide. (*Ann. Méd. Psychol.*, juill. 1933).

HEUYER (G.) et LE GUILLANT. — Réactions Médico-légales, automatisme mental d'origine E. (*Soc. Psych.*, déc. 1928).

HEUYER (G.), Mlle MAIRE et Mlle LORSIGNOL. — Tics, obsessions et croissance excessive de la taille, d'origine encéphalitique. (*Soc. Péd.*, 21 mai 1935).

HILL (T.-R.). — Juvenile behaviour disorders in E. E. (*Lancet*, may 1929).

- JENKINS (R.-L.) et ACKERSON. — Behaviour of encephalitic children. (*Ann. J. Orthopsichiat.*, oct. 1934).
- KIRSCHBAUM. — Persönlichkeitsveränderung bei kindern infolge E. (*Zeit. f. die Gesamm. Neur. Psych.* 1922).
- KOSTICH. — L'invalidité morale acquise post-névritique. (*Thèse*, Montpellier 1923).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les tr. psychiques de l'E. E. (*Gaz. Hôp.*, mars 1921).
- Réactions perverses des enfants atteints d'E. (*Semaine Hôp. Paris*, avril 1926).
- LAIGNEL-LAVASTINE et MORLAAS. — Perversions instinctives post-E. (*Soc. psych.* 1926).
- LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — Nouveau cas de perversions instinctives post-E. (*Soc. Psychiatrie*, 15 oct. 1925).
- LANG (W.). — Die Entwicklung der Intelligenz bei kindern nach E. E. (*Psychiat. Neurol. Wochns.*, 15 déc. 1928).
- LEAHY. — Tr. psychiques chez des enfants en relation avec l'E. E. (*Jour. of Am. Méd. Assoc.* 1921, p. 373).
- LEBAR. — Troubles psychiques dans l'E. E. de l'enfant. (*Thèse*, Alger 1923).
- LECONTE-LORSIGNOL (Mme). — Evolution des troubles de l'intelligence et du caractère à la puberté. (*Thèse*, Paris 1938).
- LE GUILLANT (L.). — Remarques sur un cas de régression d'un syndrome de « perversions instinctives » post-E. (*Soc. Méd.-psychol.* janv. 1935).
- LEMIERRE. — Transmission probable du virus E. par une personne atteinte depuis trois ans. (*Soc. M. Hôp. Paris*, 24 décembre 1920).
- LEVY (Gabrielle). — Les manifestations tardives de l'E. E. (*Thèse* Paris 1922).
- LHERMITTE (J.). — Macrogénitosomie précoce, hallucinations et narcolepsie dans un état d'E. E. (*Rev. Neurol.*, janv. 1938).

- MARCHAND (L.). — Démence encéphalitique précoce. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, fév. 1929).
- MARCHAND (L.) et COURTOIS. — Hémisyndrome parkinsonien consécutif à une E. E. paraissant s'être manifestée au début par des signes de folie morale. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 21 nov. 1927).
- MARIE (P.) et Mlle LEVY. — Palilalie post-E. (*Soc. Neurol.*, 12 janv. 1922).
- MASSE et LEBOURGO. — Séquelles motrices et psychiques d'E. E. (*Jour. Méd. Bordeaux*, 15 nov. 1921).
- MAZZEI (M.). — Contribution à la pathogénie des manifestations psychiques et des tr. de l'instinct sexuel des formes tardives d'E. E. (*Néo-psychiatria*, juill.-août 1936).
- MENGER (P.). — Les perversions morales post-E. (*Thèse Paris*, 1929).
- MOLITCH. — Chronic post-E. in juvenile delinquents. (*Am. J. pshch. jour.*, 1935).
- MOURIQUAND, LAMY et MARTINE. — Séquelles psychiques de l'E. E. chez l'enfant. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 7 déc. 1920).
- NARF (E.). — Post-E. epilepsy with report of deux cases in childhood. (*New-Orleans M. S. J.*, août 1931).
- NAVILLE. — Etude sur les complications et les séquelles mentales de l'E. E. (*Encéphale*, juin-juill. 1922).
- DE NIGRIS (G.). — E. E. chronique infantile à type psychasthénique. (*Arch. générale di neur-psych. e psichnalisi*, 15 nov. 1926).
- P'ADEANO. — Le syndrome hébéphréno-catatonique dans l'E. E. (*Thèse Paris*, 1923).
- PATERSON et SPENCE. — Séquelles d'E. E. chez les enfants. (*The Lancet*, sept. 1921).
- PEHU et BONAFE. — Reliquats d'E. E. à forme prolongée observés chez les enfants. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 21 mars 1922).
- PETIT (G.). — E. mentale prolongée, rémittente et intermittente de l'E. E. (*Soc. Psychiatrie*, 21 avril 1921).

- Les f. mentales prolongée de l'E. E. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 22 avril 1921).
- Troubles mentaux et f. mentales ou psycho-organiques de l'E. E. (*Prat. Médic. frse*, nov. 1925).
- PETIT (G.), BAUER et CHATAGNON. — E. E. fruste. (*Soc. Psychiatrie*, 18 oct. 1926).
- PETIT (G.) et DAUSSY. — E. E. chronique fruste avec crises de bradypsychie et perversions instinctives chez un enfant de 12 ans. (*Soc. Méd. Psychol.*, 27 déc. 1926).
- PICARD (J.) et MASQUIN (P.). — Contagiosité du parkinsonisme E. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 23 avril 1928).
- PICHON. — Développement intellectuel de l'enfant. (Masson 1936, paragr. 169).
- PIENKOWSKI (S.-K.). — Troubles psychiques au cours de l'E. E. (*Rev. neurol.* 1923, p. 123).
- PROGULSKI et GROBEL. — Une f. évolutive particulière de l'E. E. chez les enfants: la f. somnambulique. (*Munch. Méd. We-chens*, 15 avril 1921).
- REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN. — E. E. et perversions sexuelles. (*Soc. Méd. Psychol.*, 31 mars 1924).
- ROBIN (G.). — Séquelles mentales de l'E. E. chez les enfants. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 17 juillet 1922).
- Tr. mentaux et respiratoires liés à l'E. E. chez les enfants. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 20 nov. 1922).
- Tr. mentaux liés au f. prolongées de l'E. E. chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1923).
- Les tr. du caractère liés à l'E. E. chez l'enfant et le problème de la conscience morale. (*Soc. Psych.*, oct. 1924).
- ROGER, REBOUL-LACHAUX et POURCINE. — Fugues et réactions d'alture perverse chez un jeune E. (*Comité Méd. des B.-du-Rhône*, oct. 1926).
- ROSSI (Maria). — Les réactions médico-légales chez les E. (*Encéphale*, mai 1926).

- ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON. — Psychopathologie expérimentale comparée entre séquelles d'E. E. et perversions constitutionnelles chez les enfants. (29^e Congrès des Aliénistes, Paris 1925).
- ROUBINOVITCH, BARUK et BARIETY. — Un cas de troubles psychiques et respir. consécutifs à l'E. E. (*Soc. Cl. Méd. Mentale*, 20 nov. 1922).
- ROUBINOVITCH, SHCIEF et COURTOIS (A.). — Epilepsie et E. E. chronique. (*Soc. Psychiatrie*, mars 1928).
- ROYAL MED.-CHIR. SOCIETY OF GLASGOW. — Discussions sur le diagnostic et le pronostic éloigné de l'E. E. (*The Glasgow Méd. Jour.*, fév. 1923).
- RUGGERI (R.-G.). — Il suicidio nell E. letargica dei fanciulli e adolescenti. (*Riv. sper. di freniat*, déc. 1934).
- SCHACHTER (M.). — Les troubles du psychisme de l'enfant E. (*Progress Méd.*, 24 oct. 1931).
- Troubles de la mentalité et du comportement des enfants post-E. (*Revue Méd. frse*, janv. 1935).
- SCHIFF (P.) et SIMON. — Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez une obèse post-E. (*Soc. Méd. Psychol.*, mai 1933).
- SCHIFF (P.) et TRELLES. — Homosexualité post-E. (*Soc. Méd. Psychol.*, mars 1931).
- SILVEIRA (A.) et PUITO DE TOLEDO (L.). — Perversas de instinctos e de caráter consequente a E. E. na infancia. Homicidio. (*Arg. assist. psicopat.* 1938, p. 31-52).
- SIMON (T.) et MILLER. — Les enfants internés à la colonie de Perray-Vaucluse pour accidents consécutifs à l'E. E. (*Bull. de l'off. intern. d'Hygiène publique*, 1927, n° 6).
- STERN. — Puberté précoce post-E. (*Medizinische klinik*, 27 fév. 1922).
- TEISSIER (J.). — Considérations méd.-légales sur la délinquance des des bradyphréniques post-E. (*Thèse Paris*, 1930).

TRUELLE et PETIT. — Les troubles psychiques dans l'E. E. (26^e Congrès des Aliénistes de Quimper, 1922).

VERMEYLEN (G.). — Les tr. du caractère chez les enfants à la suite d'E. E. (*Jour. de Psych. Bruxelles*, mai 1923 et sept. 1923).

— Les tr. du caractère secondaires à l'E. E. Trait., éducation, mesures à prendre. (*Bull. du group. frs. de neuro-psych. infant.*, mai 1939).

WIDAL (F.), MAY et CHEVALLEY. — E. létharg. à forme de démence précoce. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 20 juin 1920).

WIMMER (A.). — Contrib. à l'étude de la méd.-légale de l'E. E. chronique. (*Ann. Méd. Psychol.*, fév. 1924).

— Puberté précoce post-E. avec manogénitosomie (*Ann. Méd. Psychol.*, 1924).

— Les troubles mentaux précurseurs de l'E. E. chronique. (*Ann. Méd. Psychol.*, avril 1925).

— L'épilepsie dans l'E. E. (*Revue neurol.* 1927).

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction	13
Historique	16
Chapitre I. — Les troubles intellectuels	19
Chapitre II. — Les troubles du caractère et du com- portement	27
Chapitre III. — Les signes associés	45
Chapitre IV. — Diagnostic	51
Chapitre V. — Evolution. Pronostic	61
Chapitre VI. — Etiologie. Pathogénie. Mécanisme ..	71
Chapitre VII. — Traitement. Mesures à prendre ..	77
Observations	85
Conclusions	133
Bibliographie	139

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
